

# UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA



## TESIS DOCTORAL

### **Implicaciones de la pulsión de muerte en psicósomática: la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Sofía de Sousa Bras Vilar Soares**

Directores  
Gerardo Gutiérrez Sánchez  
Jorge Claudio Ulnik

**Madrid, 2016**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE FILOSOFIA**



**IMPLICACIONES DE LA PULSIÓN DE MUERTE  
EN PSICOSOMÁTICA: LA PARADOJA  
AUTODESTRUCTIVIDAD / SUPERVIVENCIA  
PSÍQUICA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

Sofia de Sousa Brás Vilar Soares

Bajo la dirección de los doctores

Gerardo Gutiérrez Sánchez

Jorge Cláudio Ulnik

Madrid, 2015

A mis Padres, por el amor y generosidad.

## **Agradecimientos**

Con esta breve mención, quisiera agradecer a las siguientes personas y entidades su ayuda y apoyo constantes:

Al Prof. Gerardo Gutiérrez, por su consistencia y determinación.

Al Prof. Jorge Ulnik, por su honestidad intelectual, apoyo y amistad.

Al Prof. Eduardo Chamorro, que me acogió desde el primer día con gran estímulo y enorme respeto.

A mis Padres, por su apoyo incondicional y por todo lo que me han aportado.

A mi Familia, por estar siempre a mi lado.

A mis Amigos, mi familia del corazón.

A “Casa na Árvore”, que me llevó a soñar más lejos.

A Pedro Silva, el mejor amigo que haya podido tener en mis largos viajes a Madrid.

A Paula Torres y a Renato Morais por la ayuda preciosa en la etapa final.

A todos mis compañeros, que permanentemente me alimentan el pensamiento.

A mi psicoanalista, Dra. Maria de Fátima Sarsfield Cabral, por ayudarme con seguridad inquebrantable a *pensar la emoción*.

A mis “soportes fundantes” en Psicoanálisis: Dr<sup>a</sup>. Cláudia Mota Coelho, Doutora Cristina Fabião, Dr. Filipe Sá, Prof. Dr<sup>a</sup> Manuela Fleming.

A la Biblioteca de la *Fundação Serralves*, por su luz y silencio.

A Maria do Céu Bastos, con reconocimiento y amistad.

A Traducciones Iberia, particularmente a Filipa Velosa, por la profesionalidad que ha dedicado a la revisión lingüística.

# Índice

<b>Agradecimientos .....</b>	<b>2</b>
<b>Capítulo I. Introducción .....</b>	<b>8</b>
I.1. Sobre la pertinencia del tema .....	12
I.2. Estado del arte .....	14
I.3. Pregunta de la tesis, hipótesis y objetivos .....	17
I.4. Consideraciones sobre la metodología .....	18
I.5. Estructura de la tesis.....	20
<b>Capítulo II. Psicoanálisis y Psicología: el encuentro .....</b>	<b>31</b>
II.1. Introducción: objetivos y encuadre .....	31
II.2. La relación mente-cuerpo: un recorrido.....	32
II.3. Los orígenes psicoanalíticos de la psicología.....	36
II.3.1. Bases freudianas para un abordaje psicoanalítico en Psicología .....	37
II.3.2. Distinción conceptual de los trastornos psicológicos en Freud: psicosis de defensa, neurosis actuales y afecciones orgánicas.....	38
II.3.2.1. Las psicosis de defensa: afecciones psicogénicas.....	40
II.3.2.2. Neurosis actuales: distinción conceptual entre neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría. ....	43
II.3.2.3. Afecciones orgánicas .....	46
II.4. Contribuciones de los autores pos-freudianos .....	47
II.4.1. Georg Groddeck (1866-1934).....	48
II.4.2. Félix Deutsch (1884-1964) .....	49
II.4.3. Sándor Ferenczi (1873-1933) .....	50
II.5. Escuelas principales: breve recorrido .....	51
II.5.1. La Escuela de Chicago.....	52
II.5.2. Escuela Argentina .....	54
II.5.3. Transición a Francia.....	56
II.5.3.1. Las contribuciones de la IPSO hacia la Psicología Psicoanalítica .....	56
II. 6. Psicología Psicoanalítica: delimitación del campo .....	59
II.7. Conclusión .....	61

### **Capítulo III. Implicaciones de la pulsión de muerte en psicopatología: fundamentos metapsicológicos ..... 63**

III.1. Introducción.....	63
III.2. Los precursores de la pulsión de muerte: Alfred Adler y Sabina Spielrein .....	65
III.3. El narcisismo: piedra angular de la pulsión de muerte .....	66
III.4. Pulsión de muerte en la Obra.....	69
III.4.1. Esbozos previos a 1920: <i>Pegan a un niño</i> y <i>Lo ominoso</i> .....	69
III.4.2. Encuadre histórico-cultural – Freud, 1920: el hombre y el psicoanalista. ....	70
III.4.3. <i>Más allá del principio del placer</i> : el nuevo dualismo pulsional .....	71
III.4.4. El nuevo dualismo pulsional .....	76
III.4.5. Los destinos y los derivados de la pulsión de muerte.....	78
III.5. Más allá de <i>Más allá del principio del placer</i> : el giro metapsicológico .....	81
III.5.1. La segunda tópica y el nuevo dualismo pulsional .....	83
III.5.2. Pulsión de muerte y masoquismo .....	85
III.5.3. Sobre la angustia y los trastornos psicopatológicos.....	87
III.6. Conclusiones.....	95

### **Capítulo IV. El cuerpo como soporte fundante del psiquismo: estatuto de cuerpo en Psicoanálisis..... 98**

IV.1. Introducción: encuadre y objetivos .....	98
IV.2 El cuerpo en los orígenes del psiquismo: estatuto de cuerpo en Psicoanálisis ....	100
IV.2.1. Cuerpo-psyche: ¿una relación de continuidad o discontinuidad?.....	102
IV.2.2. Apuntalamiento y el desarrollo del cuerpo erótico .....	104
IV.3. El objeto en los orígenes y desarrollo del psiquismo .....	106
IV.3.1. El papel del objeto en el pensamiento freudiano.....	107
IV.3.2. Importancia de la cualidad del objeto.....	108
IV.3.3. El sistema paraexcitatorio como garante del funcionamiento psicopatológico del sujeto.....	111
IV.3.4. Sobre la identificación primaria como base de la constitución del Yo: alteridad y cuerpo erótico .....	113
IV.4. La representación en Psicoanálisis .....	114
IV.4.1. Afectos y representación: expresión psíquica de la pulsión.....	115
IV.4.2. Representación de cosa y representación de palabra.....	119
IV.4.3. El papel del preconscious .....	121

IV.4.3.1. Sobre la mentalización .....	122
IV.5. Conclusión.....	124

## **Capítulo V. Psicoanálisis de los procesos de somatización: implicaciones de la pulsión de muerte. .... 127**

V.1. Introducción: objetivos y encuadre.....	127
V.2. Del cuerpo libidinal al real del cuerpo.....	129
V.2.1. Psicoanálisis de los procesos de somatización .....	130
V.2.1.1. La regresión mental .....	130
V.2.1.2. Desorganización mental progresiva.....	131
V.2.1.3. El modelo de la escalada: propuesta de una lectura del Psicoanálisis de los procesos de somatización .....	133
V.2.2. Funcionamiento operatorio.....	134
V.2.2.1. Depresión esencial .....	135
V.2.2.2. Pensamiento operatorio/Vida operatoria .....	135
V.2.2.2.1. Sobre la alexitimia .....	138
V.2.3. Caracteres generales de la economía psíquica en patología psicosomática .....	140
V.2.3.1. Pulsión de muerte y representación en psicosomática.....	141
V.2.3.1.1. Representación y afectos en patología psicosomática.....	142
V.2.3.1.2. El destino de la representación: representación de cosa y representación de palabra .....	143
V.2.3.2. La supresión como destino de los afectos en Psicosomática.....	144
V.2.3.2.1. Supresión y represión son dos procesos defensivos distintos.....	146
V.2.3.2.2. Sobre la desaparición de la angustia en los trastornos psicosomáticos .....	147
V.2.3.3. Compulsión a la repetición más acá y más allá del principio del placer: ¿autodestructividad o supervivencia psíquica?.....	148
V.2.3.3.1. Compulsión a la repetición más acá del principio del placer .....	150
V.2.3.3.2. Compulsión a la repetición más allá del principio del placer.....	150
V.2.3.4. Trauma y representación en patología psicosomática .....	152
V.2.3.4.1. Los dos tipos de trauma: psíquico y prepsíquico.....	156
V.2.4. El Preconsciente: ¿eje central en patología psicosomática? .....	158
V.3. ¿Estructura psicosomática o particularidades del funcionamiento psíquico? .....	163
V.3.1. Particularidades del funcionamiento operatorio: relación con las estructuras neuróticas y psicóticas .....	166

V.3.2. Del síntoma sentido al sentido del síntoma: ¿el síntoma psicossomático es “tonto”?.....	168
V.4. Conclusión.....	170

## **Capítulo VI. Implicaciones de la Pulsión de Muerte en Psicossomática: la paradoja autodestructividad / supervivencia psíquica ..... 174**

VI.1. Introducción: objetivos y encuadre .....	174
VI.2. No hay vida sin muerte ni muerte sin vida.....	175
VI.2.1. Pulsiones de vida y pulsiones de muerte: ¿cooperación o antagonismo? .....	178
VI.2.1.1. Intrincación pulsional primaria y continuidad somatopsíquica.....	180
VI.2.1.2. Identificaciones primarias y tanáticas: cuestiones de vida y muerte.....	181
VI.2.2. Teoría pulsional y teoría de las relaciones de objeto: su pertinencia en psicossomática .....	183
VI.2.2.1. Función objetalizante y función desobjetalizante .....	184
VI.2.3. Desintrincación pulsional .....	185
VI.2.3.1. De la desintrincación pulsional a la somatización .....	186
VI.3. Dimensión creativa de la pulsión de muerte: vida y desarrollo psíquico.....	187
VI.4. Locura o enfermedad orgánica: ¿Qué relación hay? .....	189
VI.4.1. Solución psicótica y solución psicossomática .....	192
VI.4.2. Enfermedad psicossomática como posibilidad de reconstrucción.....	195
VI.4.2.1. Somatizaciones simbolizantes y regresiones reorganizadoras .....	195
VI.4.2.2. Simbolizaciones de transición.....	196
VI.4.3. Dimensión intersubjetiva de la somatización.....	197
VI.5. Cuestiones de vida y de muerte: fundamentos metapsicológicos de la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica.....	198
VI.5.1. Duelo, melancolía y somatización.....	198
VI.5.2. La sublimación como destino pulsional .....	201
VI.5.2.1. Sublimaciones de vida o de muerte: la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica .....	203
VI.5.3. Economía narcisista en psicossomática y pulsión de muerte .....	207
VI.5.3.1. Narcisismo y paradoja psicossomática .....	208
VI.5.3.2. Narcisismo: locura y enfermedad orgánica .....	210
VI.5.3.3. Narcisismo destructivo, negativo o de muerte y somatización .....	210
VI.5.3.4. Conflicto intranarcisista Yo-Yo Ideal y somatización .....	211



VI.5.4. Pulsión de muerte y masoquismo .....	214
VI.5.4.1. El masoquismo y la paradoja psicósomática .....	217
VI.5.4.2. Masoquismo y somatización .....	217
VI.5.4.3. Reacción terapéutica negativa y somatización .....	219
VI.5.5 Trabajo de lo negativo: cuestiones de vida y muerte .....	221
VI.5.5.1. Las defensas de lo negativo.....	222
VI.5.5.1.1. La negación ( <i>Verneignun</i> ) .....	223
VI.5.5.1.2. La alucinación negativa.....	224
VI.5.5.1.2.1. Escisión .....	225
VI.5.5.1.2.2. Desmentida ( <i>Verleugnung</i> ).....	226
VI.5.5.1.3. Repudio ( <i>Verwerfung</i> ).....	228
VI.6. Conclusión.....	229
<b>Capítulo VII. Conclusiones.....</b>	<b>232</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>250</b>
<b>Resumen en inglés / Abstract.....</b>	<b>255</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>260</b>

## Capítulo I. Introducción

Aunque se trate de una manifestación peculiar, la somatización en cuanto respuesta del sujeto es una de las expresiones más frecuentes que el ser humano es capaz de crear. Las patologías somáticas constituyen una parte significativa de la clínica contemporánea, y evidencian cómo el cuerpo, a través de alteraciones funcionales o incluso de lesiones, puede asumirse como lugar privilegiado de expresión del sufrimiento psíquicamente irrepresentable, por lo que resultan un campo provechoso para la investigación (Winnograd, Teixeira, 2011). Pensar que el síntoma somático es histérico cuando no hay lesión, considerarlo una somatización cuando se trata de un trastorno funcional y una enfermedad psicosomática cuando se evidencian lesiones orgánicas, es la consecuencia de plantear la clínica psicosomática dentro del campo epistemológico de la medicina y no del psicoanálisis, ya que según las definiciones anteriores, el diagnóstico diferencial se fundamenta en las pruebas que se obtienen mediante exámenes médicos y no por la experiencia psicoanalítica (Ulnik, 2000). Desde esta perspectiva, la diferencia entre una categoría y otra se establece por la capacidad de simbolización implícita en la formación del síntoma, por lo que es menester aclarar de qué modo se ve afectada en los pacientes psicosomáticos (ibíd.). Freud (1894) lo plantea desde sus escritos iniciales: la insuficiente conexión psíquica en las afecciones orgánicas tiene que ver con fallos en la representación.

El interés de Freud en la relación mente-cuerpo está presente desde los escritos pre-psicoanalíticos, donde siembra las semillas de la psicosomática psicoanalítica al considerar que los afectos, en particular los depresivos, son a menudo *causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, como de enfermedades de otros órganos* (Freud, 1890, p.121). De hecho, los afectos que no se elaboran psíquicamente pueden estar en el origen o en el agravamiento de una enfermedad somática.

Relacionando la predisposición para la enfermedad con las dimensiones cualitativa y cuantitativa de los afectos, Freud plantea que el tratamiento psíquico —tratamiento de las perturbaciones anímicas o corporales a través del recurso a la palabra y que opera a partir del alma— impide llegar a un umbral que hace que una enfermedad pueda emerger: *las palabras son buenos medios para provocar alteraciones anímicas en aquel a quien van dirigidas y por eso ya no parece enigmático aseverar que el ensalmo de la palabra puede eliminar fenómenos patológicos, tanto más aquellos que,*

*a su vez, tienen su raíz en estados anímicos* (ibíd. p. 123). Al considerar que *la clave de intervención de los afectos reside en las representaciones del inconsciente* (Freud, 1900 [1899], p. 321), y al cuestionar las vías que llevan el conflicto psíquico a manifestarse en la esfera somática, Freud acepta acoger lo que la ciencia de su época rechazaba: los sueños, los lapsos, la histeria. Funda una clínica y desarrolla un aparato teórico que permite comprender las relaciones entre manifestaciones psíquicas y corporales (Volich, 2000). Abre entonces la primera brecha en un enfoque estrictamente neurológico y comprueba la lógica del inconsciente activo (Breton, 2007).

Cauteloso con respecto a la extensión del Psicoanálisis más allá del dominio de los desórdenes mentales, Freud no investigó en profundidad el tema de los síntomas somáticos de las neurosis actuales ni tampoco las afecciones orgánicas. De hecho, consideró que no se encuadraban en el ámbito del tratamiento analítico puesto que su etiología no dependería estrictamente de factores psicológicos. Sin embargo, y no obstante su escepticismo inicial, reconoce más tarde la importancia del factor psicológico en la génesis y persistencia de las enfermedades orgánicas (Freud, 1917) y admite que el tratamiento de las enfermedades orgánicas tiene futuro (Freud, 1923). Como consecuencia de los avances metapsicológicos, en particular tras la introducción de la pulsión de muerte y la propuesta del segundo dualismo pulsional, el tema se hace cada vez más presente y obvio en sus últimos textos, donde deja huellas valiosas que incitan a su investigación.

Subrayando la importancia de la posibilidad de legibilidad de la imagen inconsciente del cuerpo y de su representación subjetiva, Freud (1895) asume definitivamente la ruptura epistemológica con la división cuerpo-mente, que no resiste a la evidencia de que las alteraciones en la economía subjetiva puedan manifestarse en el sustrato corporal. En cuanto soma, el cuerpo participa en la construcción narcisista de sí mismo, dependiendo también del éxito o fracaso de sus defensas. El fenómeno psíquico involucrado en la modificación de los procesos somáticos se relaciona con la economía pulsional y su posibilidad de transformación y, por eso, las relaciones entre enfermedad orgánica y distribución libidinal por parte del Yo guardan particular importancia (Fernández, 2002)

Superadas las convicciones cartesianas y tomando en consideración las aportaciones metapsicológicas, la psicósomática se presenta como una *aventura declaradamente monista ante el dualismo que la precedió* (Marty, 1990, p. 18). Punto

de partida de la comprensión de la génesis psicosomática, el Psicoanálisis es su referencia esencial y permite *establecer los principios económicos, psicodinámicos y genéticos que gobiernan y organizan la unidad psicosomática* (Marty, 1990, p. 14). En la actualidad, se considera que *el hombre es psicosomático por definición* (Marty, 1990, p. 17). No hay entonces razón para separar en el sujeto lo que actúa en la escena psíquica procedente de lo que se vive en el cuerpo (Debray, 2009).

Pero ¿admitir la existencia de enfermedades psicosomáticas no será lo mismo que reintroducir el dualismo cuerpo-*espíritu* rechazando la conceptualización unitaria actual? Es decir, ¿es la psicosomática paradójica en sí misma?

Desde la perspectiva que rige esta tesis, hay que aclarar que no se trata de la psicosomática derivada de la psicología médica ni tampoco de la medicina psicosomática, sino de la que se deriva del psicoanálisis freudiano. Si entendemos psicosomático no al modo cartesiano, sino al modo freudiano, hay que considerar que pulsión y dualismo pulsional son imprescindibles en cuanto fundantes de una teoría psicoanalítica somática (Aisenstein, 2010), idea base de este trabajo. Es decir, que Freud *transforma la dialéctica cuerpo-mente en una dialéctica pulsional* (Smadja, 2009, p. 183) entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte.

Es el interés por el eje económico, en particular el relieve de los movimientos libidinales, lo que aproxima a Freud a un psicoanálisis de los procesos de somatización (Ksénée, 2004): atribuye a los fenómenos corporales un valor cuantitativo —descargas— y a los fenómenos psíquicos un valor cualitativo —percepciones.

La pulsión es el representante psíquico de los estímulos que se originan en una fuente de excitación somática y que llegan a la mente (Freud, 1915). Si la psicosomática considera los movimientos psíquicos y somáticos, la pulsión, en cuanto concepto límite entre lo psíquico y lo somático, es la responsable del trabajo de transformación de la excitación corporal: la pulsión es el elemento clave, fundamento de la vida psíquica y su fuente de dinamismo, puesto que vincula cuerpo y psique.

No se puede entonces establecer una división entre ciertas enfermedades del cuerpo que se consideran más psíquicas y otras que lo son menos. En este sentido, todas las enfermedades son psicosomáticas y no hay razón para mantener la oposición entre enfermedades del *espíritu* y enfermedades del cuerpo, puesto que toda la enfermedad es *siempre mental y somática simultáneamente* (Dejours, 1992, p. 105). De hecho, del

mismo modo que el funcionamiento psíquico repercute en el cuerpo, una afección orgánica también tiene repercusiones psíquicas desde que la conoce el sujeto. Todos somos psicósomáticos, así como *todas las enfermedades y todos los enfermos* (ibíd., p. 51).

No es la enfermedad la que es psicósomática, sino su abordaje clínico y teórico. Por tanto, entendemos la mirada psicoanalítica alrededor de la Psicósomática no como un intento de conciliación entre Biología y Psicoanálisis, ni tampoco como un intento de oposición. Se trata del recurso a una *investigación que puede contribuir al descubrimiento de nuevas aportaciones con respecto a ese modo tan peculiar de enfermar, y que puede incrementar los recursos terapéuticos y posibilitar una transformación favorable del sujeto* (Coimbra de Matos, 2003, p. 131). Lo que se propone es conocer el funcionamiento psíquico en detrimento de la organicidad de la enfermedad en pacientes que, de un modo defensivo, parecen saber muy poco o quizás no quieren saber nada de sí mismos.

Aunque no todas las somatizaciones tienen una etiología psíquica<sup>1</sup>, en este trabajo se consideran los términos “somatización”, “trastorno psicósomático” “patología somática”, “patología psicósomática” y “afección orgánica” como equivalentes, y se considera que aluden a las afecciones orgánicas que encuentran sus orígenes en alteraciones del funcionamiento psíquico: ya sea por un modo particular de funcionamiento —funcionamiento operatorio— o por la presencia de características que, bajo determinadas circunstancias, pueden llevar a eclosiones en el cuerpo. Ambas posibilidades están relacionadas con los efectos de la pulsión de muerte en el psiquismo.

Sin embargo, hay pacientes con funcionamiento operatorio que no enferman somáticamente, del mismo modo que hay pacientes con una considerable capacidad de tramitación simbólica que pueden enfermar. Esto significa que no se puede establecer una relación de causalidad entre funcionamiento psíquico y enfermedades somáticas. No obstante, se puede reconocer que las dificultades de tramitación simbólica aumentan en gran medida la vulnerabilidad a la somatización. Consideramos por ello que la aparición de una enfermedad somática no se inscribe en una estructura psicósomática (Marty, 1990), sino que además de los sujetos *que reaccionan al desamparo psicológico mediante manifestaciones psicósomáticas, hay que tener en cuenta el potencial psicósomático o la parte psicósomática de todo individuo* (McDougall, 1989, p.13).

---

<sup>1</sup> Es el caso de las enfermedades somáticas congénitas.

La somatización es el resultado de alteraciones de la economía psíquica en la organicidad del cuerpo que, sin trabajo del inconsciente y sin espacio de subjetividad, no sería más que *el lugar invadido por la voracidad destructiva de la pulsión de muerte* (Pereña, 2001, p. 120). Si *la pulsión de muerte evita la representación* (Gutiérrez, 2010, p. 744), se convierte en potencialmente destructiva para el Yo. La consecuencia de la falta de representación es en este caso un retorno al cuerpo, que enferma en su inmediatez orgánica bajo una forma específica de *dominio de la pulsión de muerte que puede asumirse como más agresivo o violento o más pasivo o desvitalizado* (ibíd. p. 116). Así, no es el cuerpo, *in stricto sensu* el que enferma, sino el sujeto en su condición de viviente: desprovisto de sentir, desvitalizado de deseos y sentido en su encuentro con la vida, el ser humano enferma como consecuencia de la anulación de su subjetividad, de su vida relacional, del extravío de lo simbólico.

La somatización es entonces el resultado de un *proceso psicosomático en el cual la progresiva desorganización a nivel psíquico desemboca en una regresión al plano biológico*. Es decir, que *el hecho psicosomático invierte el proceso evolutivo que tiende a una complejidad creciente* (Caparrós, 2008, p. 209).

### **I.1. Sobre la pertinencia del tema**

Tenemos la convicción de que considerar la somatización en cuanto producto del trabajo de la pulsión de muerte y cuestionar el modo en que puede dar cuenta de un recurso del sujeto para sobrevivir psíquicamente es un tema importante a investigar.

Los desarrollos psicoanalíticos se asientan desde su origen en el esfuerzo por extender su campo de actuación hacia terrenos favorecidos por el progreso en su conocimiento. Superado el dominio de las psiconeurosis, más propiamente de la conversión histérica, los avances en Psicoanálisis permitieron desplazar su centro de gravedad hacia fuera del marco de las neurosis, en particular hacia la patología somática y la psicosis (Green, 2005). Freud, atento a la realidad de la experiencia clínica y en particular a partir de la introducción de la pulsión de muerte, amplía considerablemente el ámbito de sus investigaciones y se dedica de un modo explícito al funcionamiento psíquico en el campo de las patologías no-neuróticas y al funcionamiento que subyace a las afecciones orgánicas.

Basándose en la distribución de la libido, Freud planteó distintas configuraciones de la alternancia entre sintomatología psíquica y sintomatología somática. Se destaca la desaparición de la sintomatología psíquica en la melancolía y la remisión de la demencia precoz tras la instalación de una enfermedad somática (1917[1915]), la incompatibilidad entre una neurosis traumática y una lesión orgánica (1920), entre manifestaciones masoquistas y una enfermedad somática (1940[1938]). Es conocida también la resistencia inmunológica de los pacientes psicóticos o la mejoría de su sintomatología psíquica cuando enferman somáticamente. Estos movimientos pendulares despiertan nuestro interés sobre el sentido de la enfermedad orgánica y la función que puede cumplir.

La psicopatología de los pacientes psicosomáticos traduce las modificaciones psíquicas que parecen implicar una afección simultáneamente narcisista y objetal (Mijolla; Mijolla-Mellor, 2002). El interés en justificar los elementos psicopatológicos incide en la búsqueda de las vicisitudes de la estructura y de las funciones del aparato psíquico que pueden originar perturbaciones del equilibrio psicosomático. Así, partimos de la base de que, en el *origen de la afección orgánica, se suponen perturbaciones de la organización psíquica* (Mijolla; Mijolla-Mellor, 2002, p. 563).

McDougall (1989, p. 153), destacando la pertinencia de la investigación del lugar del cuerpo en las neurosis, las psicosis y la psicosomática, considera que todo cuanto está relacionado con los afectos y *los mensajes emitidos por el soma constituye un tema de investigación a desarrollar*.

Jarast (2006) destaca también la pertinencia de la investigación psicoanalítica de los cuadros clínicos que proponen nuevos desafíos al tratamiento, destacando que las somatosis y todos los trastornos derivados de problemas en la tramitación simbólica merecen atención urgente.

Nuestra propia experiencia nos ha llevado al reconocimiento de que las afecciones orgánicas son cada vez más frecuentes en la clínica, y comunican un sufrimiento que no puede expresarse de otro modo. Por ese motivo, y tomando en consideración la exigencia que el trabajo analítico con estos pacientes impone, la profundización conceptual y teórica del tema es fundamental y constituye un desafío a la investigación. Así, hay que tener en cuenta las particularidades de la dinámica transferencial-contratransferencial que se establece en la relación terapéutica, determinadas por la dificultad en la escucha de estos pacientes y que resulta de su

precariedad fantasmática y ausencia de deseo, factores inherentes a las dificultades de tramitación simbólica.

Las representaciones o percepciones cargadas de afectos se apartan de la mente y, por eso, las tensiones no encuentran la vía para la elaboración psíquica. Los niveles de presimbolización de los pacientes psicósomáticos (Ulnik, 2000) dan como resultado un discurso emocionalmente vacío, con énfasis en los síntomas somáticos. Los pacientes se presentan a menudo amoldados a la realidad y se aíslan en primer lugar de sí mismos, lo que exige del terapeuta una creatividad permanente en busca del sentido de la vivencia somática: de hecho, *los pacientes con trastornos somáticos no cuentan su historia, nos cuentan sus enfermedades* (Ulnik, 2000, p. 92).

## **I.2. Estado del arte**

Después de Freud, la historia de la práctica psicoanalítica con pacientes somáticos está vinculada a la comprensión propuesta por distintos autores con respecto al sentido del síntoma somático y su relación con la economía psíquica. Las implicaciones de la pulsión de muerte han sido objeto de gran interés y las han desarrollado bajo distintas perspectivas diversos autores de referencia en el campo de la investigación en Psicoanálisis y Psicósomática Psicoanalítica.

Lacan (1964) ubica la pulsión entre los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis (además del inconsciente, repetición y transferencia), desvinculando el concepto de la referencia a una función biológica. La pulsión de muerte se retoma en términos más cercanos al “ser para la muerte” heideggeriano que a la idea freudiana original. Así, Lacan propone que las pulsiones de vida y de muerte están imbricadas en la relación que se establece entre el cuerpo-organismo y el cuerpo imaginario unificado, donde no es solo idea, sino más bien objeto de agresividad.

Las aportaciones de Aulagnier (1975) y Laplanche (1985) enfocan el problema de la psicósomática desde el punto de vista de la imposibilidad de representación como consecuencia de la acción de la pulsión de muerte.

En detrimento de la pulsión de muerte, Marty (1983) propone que son los movimientos individuales de muerte los responsables de la depresión esencial y de los movimientos de desorganización psíquica que conducen a alteraciones somáticas. De



acuerdo con Rechartd e Ikonen (1986, p. 82) la pulsión de muerte funciona como una *fuerza de eliminación y de delimitación que busca una inmovilización, una coagulación que afecta a las representaciones mentales.*

Green (1986), por su parte, destaca que pensamiento operatorio, depresión esencial, desorganización progresiva y patología del preconscious son conceptos capitales que corroboran *la hipótesis de la tendencia desobjetalizante de la pulsión de muerte*, cuyas primeras derivaciones se manifiestan por *desinvertidura, indiferencia y destrucción* (ibíd. p.77).

El cuerpo, tanto como la mente, está sometido a la compulsión a la repetición (McDougall, 1995). La expresión psicósomática es la verdadera emisaria de la pulsión de muerte y la regresión más profunda del ser (ibíd. 1989). Los síntomas somáticos traducen un simbolismo preverbal con sentido psicológico en cuanto respuesta somatopsíquica que da cuenta de los esfuerzos por protegerse frente a angustias psicóticas (McDougall, 1989).

Para Dejours (1992, p. 51) la somatización, dado que *resulta de la supresión de la violencia y de la destructividad, es una expresión ejemplar de la pulsión de muerte.* Las neurosis actuales, en particular las neurosis de angustia, indican la defusión pulsional entre pulsiones de vida (que se materializan en la sexualidad psíquica) y pulsiones de muerte.

Caïm plantea que un cuerpo no erotizado, como lugar donde se ha producido una *destrucción de la organización libidinal, es un cuerpo enfermo o vulnerable a los desórdenes psicósomáticos* (1996, p. 116).

Defendiendo que la pulsión de muerte desempeña un papel principal en la somatización, Rosenberg (1998, p. 1677) considera que *cada proceso destructivo o autodestructivo implica la acción de la pulsión de muerte a varios niveles: al nivel psíquico del objeto y del Yo y a un nivel somático.* La emergencia de la vida operativa, de la predisposición a la somatización y de la somatización en sí misma resulta de un movimiento defensivo del Yo como consecuencia de los procesos de desintrincación pulsional que liberarían la pulsión de muerte.

Chiarandini (1999, p. 150) destaca aún que en los *pacientes somatizadores, la pulsión de muerte puede sumergir la autoconservación* y que la regresión causada por la dependencia física suele tener un rol importante. Parece así plantear la hipótesis de que

la somatización es una petición implícita de ayuda que expresa la necesidad de que alguien se haga cargo, reconociendo así su dimensión intersubjetiva y relacional.

Arvanitakis (2000) sostiene que la base de gran parte de las somatizaciones o desordenes psicosomáticos está en los fallos de simbolización, resultantes de los efectos de la pulsión de muerte.

Smadja (Temple, 2002) reconoce cuatro dimensiones base en patología psicosomática: la relación con las patologías narcisistas, la importancia del concepto de Freud de neurosis actual, la frecuencia de un trauma en el origen de los síntomas psicosomáticos y, por último, el relieve de la pulsión de muerte.

Desde una perspectiva distinta que despertó nuestro interés en el momento de elegir el tema de esta tesis, Prata (2000) reconoce en la somatización la positividad de la pulsión de muerte. Es decir, que no obstante su potencialidad destructiva, *la pulsión de muerte puede garantizar una función de urgencia para la salvaguarda narcisista del individuo* (Chabert, 2008, p.63), expresando así su carácter paradójico (Chabert, 2008, p.63). Esto implica la necesidad de volver a concepciones positivas de la pulsión de muerte.

Si la pulsión de vida trabaja hacia la fusión y tiende a establecer ligazones y la pulsión de muerte hacia la defusión pulsional rompiendo ligazones, esto implica considerar que, aunque provocan rupturas, las pulsiones de muerte abren al mismo tiempo la posibilidad de nuevas mezclas promotoras de variabilidad pulsional y de diversidad en la vida psíquica. Es decir, que la potencia destructiva de la pulsión de muerte, a la vez que es responsable de la destrucción y de la tendencia al retorno a un estado anterior, también es responsable de la promoción de la emergencia de nuevas formas en la naturaleza y en la cultura (García Roza, 1999). Dicho de otro modo, la pulsión de muerte, mezclada con la pulsión de vida, es fuerza de creación e impide la repetición de lo mismo: desde esta perspectiva, su fuerza disruptiva contribuye a la emergencia del deseo, de la diferencia y de lo nuevo. Esto refuerza su positividad y el relieve que tiene en la estructuración y desarrollo del psiquismo, característica que ya le había atribuido Freud.

Es entonces de la complementariedad entre pulsiones de vida y de muerte de donde proviene la riqueza estructural del psiquismo, con lo cual se reconoce la paradoja inherente a las implicaciones de la pulsión de muerte: equivale a decir que su trabajo de

desligamiento, aunque destructivo, se presenta como esencial para el psiquismo. Así, la *pulsión de muerte constituiría paradójicamente el único recurso para el mantenimiento de la vida: morir para sobrevivir* (Chabert, 2008, p. 68).

### **I.3. Pregunta de la tesis, hipótesis y objetivos**

En el plan psicoanalítico, la pulsión de muerte se considera inherente al ser humano, o sea, una lucha continua e inexorable que bajo cualquier forma busca mantener o restaurar el estado de paz conocido anteriormente (Rechardt, 1986, p. 51) por medio de la eliminación de la perturbación, y no simplemente una fuerza que tendería a transformar lo animado en inanimado. También puede inducir inmediatamente la descarga total de la excitación, aunque es incompatible con el funcionamiento psíquico en el cual suele gobernar el placer, lo que en consecuencia determina la *muerte del sujeto en cuanto hablante y viviente* (Laplanche, 1986, p. 31). Pero más allá de su potencial destructivo y autodestructivo, hay reconocer su positividad: *no solo el recurso a la pulsión de muerte está acreditado por un trabajo a favor de la vida por su compleja relación con las pulsiones de vida (...) sino que también tiene una fuerza motora en los estados de desamparo en los que hacerse el muerto en la mera repetición es sobrevivir* (Rosolato, 1987 en Chabert, 2008, p. 63).

A partir de las implicaciones de la pulsión de muerte en psicosomática, se plantea la pregunta: ¿No obstante la autodestructividad psíquica implícita, podrá considerarse la somatización como una defensa ante la locura? ¿Puede la somatización ser un intento de supervivencia psíquica?

En este sentido, proponemos la hipótesis de que la somatización refleja la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica inherente al trabajo de la pulsión de muerte: si por un lado la autodestructividad psíquica puede resultar en la eclosión de somatizaciones, por otro puede desvelar la positividad de la pulsión de muerte, que cumple una función en pro de la supervivencia psíquica. De hecho, la constatación de que cuando una enfermedad somática se instala los síntomas psíquicos suelen desaparecer, o de que un paciente con una enfermedad orgánica presenta su cuerpo y su enfermedad como algo ajeno a sí mismo, remite a la hipótesis de que la somatización, aunque a expensas del sufrimiento del cuerpo, puede proteger el Yo, que a la vez de

fragmentarse y enloquecer, se silencia. Es decir, que el cuerpo enferma para que el sujeto no se vuelva loco.

La investigación en torno a la paradoja que proponemos desarrollar se asienta en dos perspectivas complementarias:

- El impacto de la pulsión de muerte en el funcionamiento psíquico, de acuerdo con sus aspectos mortificantes y sus posibilidades creadoras, como garante de la unidad psicosomática del sujeto.

- La patología psicosomática en cuanto producto de ese impacto e intento de supervivencia psíquica.

Tomando la investigación de esta hipótesis como objetivo general, estipulamos también objetivos específicos que definen los pasos cumplidos en la tesis:

- Rescatar del texto freudiano las aportaciones metapsicológicas con respecto al tema, soporte fundante de esta investigación.

- Clarificar la importancia del cuerpo en la génesis del psiquismo, con un enfoque en la importancia de la cualidad del objeto en la cohesión psicosomática o en su desintegración.

- Relacionar la importancia de la tramitación simbólica y del destino de los afectos con la patología somática.

- Clarificar las condiciones que favorecen el recurso a la solución psicótica o psicosomática, considerando esta última como un intento de supervivencia psíquica.

#### **I.4. Consideraciones sobre la metodología**

Los desarrollos psicoanalíticos se deben no solo a la expansión de su base empírica tras la experiencia clínica, sino también a la sistematización, profundización, articulación de los conceptos y su reflexión crítica, todo lo cual permite engendrar hipótesis y abre las puertas a la investigación en busca de nuevos significados.

La investigación conceptual es así una herramienta metodológica de relieve para el desarrollo del pensamiento psicoanalítico, que se destaca en el progreso científico a la par que el trabajo clínico y la investigación empírica: traduce sus aportaciones y añade consistencia a los avances. De hecho, la práctica psicoanalítica con pacientes somáticos

apartada de los conceptos psicoanalíticos que la sostiene es ciega, así como los conceptos psicoanalíticos sin la práctica se quedan vacíos (Dreher, 2000). Asumir los planteamientos teóricos como dogmas frena el pensamiento y compromete la diversidad. Por eso, consideramos que en los encuentros y desencuentros entre teorías y en la confrontación y dinamización de los conceptos es donde residen las posibilidades de avance del conocimiento. Conscientes de la delicadeza y complejidad del tema que nos proponemos investigar, es este el lugar donde nos ubicamos en el campo de esta investigación. Así, buscamos también que este trabajo permita la formulación de nuevas cuestiones que se constituyan como desafíos susceptibles de incitar investigaciones futuras.

Haciendo hincapié en una rigurosa y amplia investigación bibliográfica que cubre el tema desde Freud hasta la actualidad, no hemos podido evitar hacer nuestras propias traducciones. La obra freudiana es la base a partir de la cual se estructura este trabajo: en ella se funda la tesis y se hallan las direcciones tomadas en el curso de la investigación. Se ha tenido como referencia la *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*.

Freud (1923) considera que el Psicoanálisis siempre está incompleto y preparado para corregir o modificar sus teorías. Aunque esto haga de su estudio una tarea exigente, se trata también de una de las características más estimulantes del texto. La riqueza de las ideas, así como el rigor y la honestidad intelectual del pensamiento freudiano está marcada por constantes cuestionamientos con respecto a sus propias aportaciones y ha llevado a constantes avances y retrocesos en el estudio de los textos. Es decir, que aunque en el ámbito de esta investigación se tome en consideración la cronología de los textos, el pensamiento diacrónico de Freud llevó a que las ideas expuestas no siguieran estrictamente una perspectiva cronológica.

Dando por conocidos los planteamientos previos con respecto a la emergencia y desarrollo del concepto de pulsión, nuestro enfoque incide en particular a partir de *Más allá del principio del placer* (1920), texto que introduce la pulsión de muerte. Se trata quizá del texto más fascinante de sus escritos (Laplanche, 1984), del texto que llevó a un profundo giro metapsicológico, puesto que permitió reconsiderar las afecciones orgánicas y los síntomas somáticos de las neurosis actuales en el ámbito del Psicoanálisis. A partir de ahí, se rescatan las aportaciones con respecto a la relación entre la economía libidinal, más propiamente la pulsión de muerte, y las afecciones

orgánicas. Sin embargo, para contextualizar los conceptos y fundamentar las ideas, el retorno a textos anteriores fue imperativo.

Tomando como punto de partida la idea de que los procesos somáticos constituyen la verdadera esencia de lo psíquico (Freud, 1940 [1938]) y de que los fenómenos psíquicos y somáticos se influyen mutuamente, nos adentramos en el tema de la tesis.

## **I.5. Estructura de la tesis**

Tras este primer capítulo introductorio, se parte de las principales ideas con respecto a la evolución histórica de las relaciones mente-cuerpo al encuentro de los orígenes de la relación entre Psicoanálisis y Psicopatología. El objetivo de este capítulo es rescatar los planteamientos freudianos con respecto a la distinción conceptual de los trastornos psicopatológicos y trazar su recorrido hasta la delimitación del campo de trabajo de la psicopatología psicoanalítica.

Los trastornos psicopatológicos presentados por Freud no son siempre del mismo orden. El sufrimiento en el cuerpo da cuenta de distintos modos de funcionamiento psicopatológico: psiconeurosis de defensa, neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría) y afecciones orgánicas. Identificar, conocer y mostrar en la historia de cada uno el funcionamiento psíquico prevaleciente, y aclarar la configuración subyacente al *misterioso salto de lo psíquico a lo somático* (Freud, 1895), es esencial para el trabajo clínico. Aunque Freud no se refiera al vocablo psicopatología y considere que las neurosis actuales y las afecciones orgánicas están fuera del marco del tratamiento psicoanalítico, es obvio el interés que mantiene por el tema, presente desde los primeros estudios sobre las afasias y la histeria —sostén del edificio metapsicológico— hasta el final de su vida.

A partir de las principales aportaciones psicoanalíticas de los autores que desarrollaran su interés en psicopatología, como es el caso de G. Groddeck, S. Ferenczi y Felix Deutsch, se llega hasta las principales concepciones que sostienen las distintas líneas de pensamiento, esenciales para el reconocimiento de la psicopatología psicoanalítica en la segunda mitad del siglo XX.

En paralelo a los desarrollos en Europa, Felix Deutsch (1927) introduce en Estados Unidos el interés por la investigación en el tema y tiene como discípulos, entre otros, a Franz Alexandre, el fundador de la Escuela de Chicago. Sin embargo, la insuficiencia epistemológica vigente —en particular la especificidad de las enfermedades de acuerdo con la personalidad y el localizacionismo— lleva a que esta perspectiva se considere medicina psicosomática y no psicosomática psicoanalítica. La Escuela Argentina, implementada por Ángel Garma retoma la perspectiva de Groddeck, cuya base es la idea de que los síntomas orgánicos están dotados de significaciones y son susceptibles de interpretación, al igual que los síntomas conversivos de la histeria.

Las investigaciones del Instituto de Psicosomática de París<sup>2</sup> (IPSO) sobre el funcionamiento psíquico que subyace a los procesos de somatización provocan una ruptura epistemológica con las concepciones previas. Su principal representante es Pierre Marty que, junto con sus colaboradores<sup>3</sup> se acerca a una concepción psicoanalítica de la psicosomática e introduce una nomenclatura propia para dar cuenta de fenómenos psíquicos característicos de este modo de enfermar.

En el lugar de encuentro entre Psicoanálisis y Psicosomática, se destaca el interés de ambas disciplinas en el funcionamiento armonioso entre psique y cuerpo. De hecho, los fundamentos de la psicosomática psicoanalítica contemporánea deben buscarse en la metapsicología freudiana (Aisenstein, 2010): la teoría de las pulsiones motivó la investigación de las particularidades de los *distintos estados del cuerpo y su relación con la economía pulsional* (Smadja, 2003, p. 66).

La Psicosomática Psicoanalítica se puede entonces definir como la disciplina que se dedica al estudio de los factores psicológicos conscientes e inconscientes que intervienen ya sea en la etiología, en el desencadenamiento, en la evolución o en el tratamiento de las enfermedades somáticas (Ulnik, 2008).

El capítulo III está dedicado a la emergencia y desarrollo de la pulsión de muerte, con enfoque en las implicaciones que tiene en el funcionamiento psíquico que subyace a las afecciones orgánicas. El objetivo es rescatar los fundamentos metapsicológicos con respecto a estas implicaciones y considerar, más allá de la destructividad, su positividad y relieve para el psiquismo.

---

<sup>2</sup> Instituto de Psicosomática de París, de aquí en adelante IPSO.

<sup>3</sup> Se destaca el trabajo de M. Fain y M. M'Uzan.

No solo la idea de muerte representa el mayor enigma para el pensamiento del ser humano, sino que también la idea de una pulsión de muerte representa la mayor encrucijada del Psicoanálisis (Pereira, 2006). La pulsión de muerte puede considerarse el más vivo de los conceptos freudianos puesto que, desde su presentación hasta la actualidad, ha motivado constantes discusiones en el seno de la comunidad psicoanalítica: aunque para algunos es un concepto polémico, su relieve metapsicológico es indudable. Pero Freud (1937) ya era consciente de ello, pues reconoció que la propuesta de una pulsión de muerte o de destrucción que reivindicara los mismos derechos que Eros encontraría pocas simpatías.

A partir de los fundamentos para la propuesta del segundo dualismo pulsional, se toma *Introducción del narcisismo* (1914a) como punto de anclaje. Teniendo en cuenta los textos previos<sup>4</sup> que preparan el terreno para la presentación de la pulsión de muerte, se llega a *Más allá del principio del placer* (1920), texto que la introduce de forma definitiva.

Después de la introducción del narcisismo y del descubrimiento de que el Yo también puede ser investido como objeto de amor, las pulsiones sexuales y las pulsiones de autoconservación o del Yo se unen en las pulsiones sexuales de vida. La pulsión de muerte (Freud, 1920) surge entonces como respuesta a imperativos clínicos y metapsicológicos: es decir, para justificar hallazgos clínicos inexplicables bajo la égida del principio del placer en cuanto responsable del gobierno de la vida psíquica, y para sostener el dualismo pulsional, por oposición a las pulsiones sexuales de vida.

La destructividad representa la pulsión de muerte y adquiere autonomía, pasando a considerarse como constitutiva del hombre. Es decir, que la pulsión, fuerza hasta ese momento asociada a la autoconservación, a la vida, a la sexualidad, se asocia ahora a la muerte (Pontalis, 1999). Esto inaugura un profundo cuestionamiento, preconizado por la reformulación de temas presentados previamente, que conduce a un giro metapsicológico que produce avances capitales para el Psicoanálisis. Así, Freud prosigue con la reformulación de los principios de funcionamiento mental (1920), avanza en la propuesta de la segunda tópica (1923), la reformulación del masoquismo (1924) y el desarrollo de la negación (1925) y propone una nueva teoría de la angustia (1926), temas estos que se desarrollarán más adelante.

---

<sup>4</sup> *Pegan a un niño* (Freud, 1919) y *Lo ominoso* (Freud, 1919).



Son las relaciones cuantitativas y cualitativas de la mezcla entre las dos clases de pulsiones, determinadas por los fenómenos de intrincación y desintrincación, las responsables de la diversidad de la vida psíquica. Sin embargo, esas *mezclas pueden también disgregarse y podemos esperar de tales desuniones las más graves consecuencias para la función* (Freud, 1937, p. 107). Apartada del enlace con las pulsiones de vida, la pulsión de muerte no tiene cómo representarse y desplazarse hacia el exterior y sigue su curso sin obstáculos. Sin embargo, *la autodestructividad expresa la pulsión de muerte, presente en todo el proceso vital* (Freud, 1933 [1932], p. 109). Es decir, que no obstante la intrincación pulsional, queda siempre un resto no ligado que permanece internamente y que tiende a la repetición.

Aunque relegue desde el punto de vista doctrinal y sistemático el estudio de las afecciones orgánicas y de las neurosis actuales, ya sea por *razones pedagógicas* (Freud, 1922) o porque no quiera o no pueda estudiar el tema (Mijolla; Mijolla-Mellor, 2002), Freud aporta huellas de relieve para su investigación. No obstante, tras la introducción de la pulsión de muerte, parece retomar su interés, y manifiesta explícitamente en diversos pasajes la importancia del Psicoanálisis en la comprensión, génesis, persistencia y tratamiento de las afecciones orgánicas, puesto que a menudo tienen que ver con factores psicológicos.

Considero así las enfermedades orgánicas bajo dos perspectivas distintas: desde la economía libidinal, o sea, desde la regresión narcisista que sobreviene cuando una enfermedad somática se instala, y desde el punto de vista de su génesis, es decir, respecto a la segunda teoría de las pulsiones, más precisamente en relación con las repercusiones de la desintrincación pulsional, que liberaría la pulsión de muerte.

De hecho, la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica comienza a garabatearse a partir de ese momento: si por un lado la pulsión de muerte afecta al funcionamiento psíquico propiciando un terreno favorable a la somatización, por el otro, Freud reconoce su positividad, destacando su importancia para el psiquismo y el equilibrio psicosomático, o sea, para la supervivencia psíquica.

Después de los capítulos II y III, dedicados a la delimitación de la psicosomática psicoanalítica y a los fundamentos metapsicológicos de las implicaciones de la pulsión de muerte en psicosomática, en el capítulo IV se aclara el estatuto del cuerpo en Psicoanálisis, esencial en la comprensión de los procesos de somatización desarrollados

a continuación. El objetivo es trazar el recorrido que parte del soma hacia la edificación del cuerpo erótico y destacar la importancia de la cualidad del objeto en ese trayecto.

Aunque la mirada de Freud incida en una perspectiva intrapsíquica, pulsional, nos posicionamos en una perspectiva del dúo pulsión-objeto: el objeto en cuanto inductor de investidura y *soporte de toda actividad psíquica fundada en el ejercicio de las pulsiones* (Green, 2005, p. 274) y la pulsión como fuerza dinamizadora del psiquismo. *Las pulsiones son la condición de la movilidad y el dinamismo interno que permiten al Yo salirse en parte de sus límites para buscar del lado del objeto algo que le falta y que no puede encontrar en él mismo* (Green, 2005, p. 242).

El cuerpo, para el Psicoanálisis, es el lugar donde la vivencia se instala: cuerpo subjetivo poblado de pulsiones que lo animan, inmerso en un universo de representaciones. Así, es en el complejo juego de las relaciones entre las pulsiones y sus trayectorias (somatopsíquicas o psicósomáticas) donde se plantean las posibilidades de manifestaciones psíquicas y/o somáticas.

En el ámbito de la edificación de la unidad psicósomática, el desarrollo del cuerpo erógeno, cuyas etapas esenciales se deben cumplir en los primeros años de vida, resulta del diálogo establecido entre el cuerpo y sus funciones, apuntalados en los cuidados maternos (Dejours, 1992). El cuerpo erógeno está entonces determinado por la sexualidad, los afectos y el lenguaje de cada sujeto (Ulnik, 2000). Es decir, que su construcción, indisociable de la génesis del psiquismo, apenas es posible en la alteridad que iba a retirarlo del orden autoerótico en favor de un investimento libidinal objetual. La unificación de la experiencia somática y la representación de la experiencia psíquica es esencial, pues, para el Psicoanálisis, el cuerpo no existe sin la representación y su traducción en pensamiento (Guillaumin, 1998). Así, el *Yo es primero y antes de todo, un Yo corporal* (Freud, 1923, p. 40).

Afecto y representación son los dos elementos esenciales para la representación psíquica de las pulsiones. La vida psíquica corresponde a la instauración de las capacidades de representación (Golse, 2002), y se plantea a partir de la metapsicología de los afectos y de las representaciones. Su complejidad depende de la posibilidad de establecer cadenas asociativas significativas que acogen la excitación y que permiten su elaboración psíquica y la descarga adecuada. Del equilibrio entre los mecanismos de ligazón y desligazón en el par afecto-representación dependen la posibilidad de que la

pulsión se represente psíquicamente y el trabajo de psiquización del cuerpo (Smadja, 2011).

Pensar es, por fin, tener *representaciones de uno mismo, representaciones del mundo y representaciones de sí mismo con y en el mundo* (Golse, 2002, p. 166).

Completado el trayecto somato-psíquico y aclarado el estatuto del cuerpo en el Psicoanálisis, el capítulo V se dedica al Psicoanálisis de los procesos de somatización y a las implicaciones de la pulsión de muerte en esos procesos. Se trata ahora de conocer el trayecto en la dirección inversa: el abordaje psicoanalítico sigue, a partir del funcionamiento psíquico, el proceso de somatización (Aisenstein, 2008). Desarrollado a partir de los conceptos freudianos, el Psicoanálisis de la enfermedad somática estableció relaciones entre el funcionamiento mental y los procesos de somatización que vinieron a reforzar la importancia de los movimientos pulsionales: en particular, los fenómenos de intrincación pulsional que neutralizan la pulsión de muerte y los de desintrincación, que la liberan. Comprender cómo enferma el sujeto y qué es lo que ocurre en el funcionamiento psíquico que puede llevar a una somatización son los objetivos de este capítulo.

La clínica psicósomática propone, en efecto, que la somatización o su riesgo surgen cuando sobrevienen perturbaciones del funcionamiento psíquico que resultan en procesos psicopatológicos centrados en la desorganización de la economía erótica. *Los procesos de somatización se producirían por desorganizaciones psicósomáticas consecuentes a desorganizaciones mentales o por regresiones somáticas que acompañarían a regresiones mentales* (Fernández, 2002, p. 129). Estos dos procesos se presentan bajo una lectura conceptual propia, presentada como el Modelo de la escalada. Una somatización se organiza fundamentalmente cuando existen fallos importantes en los procesos de simbolización y mentalización que imposibilitan la transformación de la excitación interna y, por ende, la vivencia y expresión del conflicto psíquico a niveles conscientes y preconscientes. Ante la falta de anclaje en puntos de fijación libidinal que detengan la desorganización, esta prosigue la destrucción anárquica de las funciones mentales hasta la inhibición del funcionamiento mental: pensamiento operatorio, depresión esencial y desorganización progresiva forman el eje de la Psicósomática y dan cuenta de las dificultades de tramitación simbólica a que la pulsión de muerte puede llevar.

En las formas más benignas, regresivas, representadas por síntomas de orden funcional y cuya evolución es reversible, la represión del afecto coexiste con la perseverancia de la representación en el funcionamiento psíquico. En las formas más severas de somatización, generalmente evolutivas, la supresión de los afectos implica profundas distorsiones de las representaciones y del pensamiento (Smadja, 2010). Las desorganizaciones progresivas contraevolutivas corresponden a movimientos de desligadura que afectan en primer lugar a las formaciones psíquicas y, desde luego, a la conexión psicosomática, y pueden incluso llevar a la muerte.

Las elaboraciones freudianas con respecto a las representaciones y a los destinos del afecto abren aspectos capitales para la investigación en psicosomática psicoanalítica. En la imposibilidad de mezcla con las pulsiones de vida o por desintrincación pulsional, la pulsión de muerte se fija particularmente en deshacer las cadenas representacionales previamente establecidas, y prosigue en su labor autodestructiva.

Desvinculados, afecto y representación asumen destinos distintos, determinantes de la posibilidad de eclosión de una somatización: el afecto se suprime, lo que constituye una defensa ante la excitación destructiva (Green, 1998), mientras que la representación, a la vez neutralizada, puede permanecer. La supresión afectiva empobrece la actividad mental y, por tanto, potencia la vulnerabilidad somática (Szwec, 2010, en Aisenstein, 2010), mecanismo que justifica también la desaparición de la angustia que se observa a menudo en los pacientes somatizadores, que se presentan como *anormalmente normales* (Green, 2005). El afecto desligado de representaciones que lo acojan lleva a que solo se ponga de manifiesto su polo somático, que encuentra en la somatización una posibilidad de descarga.

Se considera también la importancia de la relación entre trauma y representación en patología somática, a partir de dos miradas relativas a la estructura del trauma: trauma psíquico o trauma prepsíquico.

Para terminar, se discuten tres cuestiones absolutamente esenciales para el tema: si el preconscious es o no el eje central de la patología psicosomática, si es pertinente considerar la existencia de una estructura psicosomática y, por último, si se puede encontrar un sentido en el síntoma somático o si es, efectivamente, *tonto*.

Con respecto a las relaciones enigmáticas entre estados corporales patológicos y estados psicopatológicos, Freud considera que los fenómenos psíquicos son, por un

lado, altamente dependientes de las influencias somáticas y, por otro lado, ejercen poderosos efectos en los procesos somáticos (Freud, 1940[1938]). Menciona la obliteración del estado neurótico o psicótico en el transcurso de una enfermedad somática y concluye que esto estaría relacionado con movimientos libidinales (Aisenstein, Aisemberg, 2010). Así, ¿es posible que a la vez de crearse sintomatología psíquica la somatización traduzca un intento de mantener el equilibrio psíquico?

Reconocidas las implicaciones de la pulsión de muerte en psicósomática, nos dedicamos en el capítulo VI a la cuestión de la autodestructividad/supervivencia psíquica, que define la paradoja psicósomática en cuestión. A partir de la investigación de los fundamentos metapsicológicos de la relación entre somatización y locura, el objetivo de este capítulo es discutir la hipótesis planteada: el cuerpo enferma para que el sujeto no se vuelva loco, entendiéndose por locura la posibilidad de tramitación del sufrimiento a un nivel psíquico.

La locura tiene un papel regulador frente a los desbordamientos de excitación y suele proteger de la somatización. De hecho, la alteración del contacto con la realidad permite lidiar con afectos intolerables —ya sea por su origen o por su cualidad— atenuando así la posibilidad de que engendren una somatización. Por ese motivo, los pacientes psicóticos, especialmente en momentos de descompensación, presentan una considerable resistencia inmunológica. Sin embargo, una enfermedad somática puede llevar a alteraciones libidinales que hacen que la sintomatología psíquica desaparezca, o puede relanzar también la locura, de modo que el sufrimiento pasa a ser vivenciado a nivel mental.

Se trata entonces de investigar si una somatización puede eclosionar como defensa ante el sufrimiento psíquico y la amenaza de descompensación psíquica a que la fragmentación yoica puede llevar. De hecho, los síntomas de la melancolía, por ejemplo, se eliminan transitoriamente en el curso de una enfermedad somática, que se revela también capaz de inducir la remisión de síntomas de una *demencia precoz* desarrollada. Dicho de otro modo, es como si la instalación de una enfermedad somática surgiera en lugar de los síntomas psíquicos, que han sido borrados.

La hipótesis de somatización como defensa es particularmente relevante si se considera que una enfermedad orgánica, más allá del desbordamiento de un exceso de excitación que no puede representarse, puede surgir como consecuencia de un afecto particular que se revela intolerable para el sujeto: es el caso de pacientes con una

considerable capacidad de simbolización pero que presentan una alexitimia focalizada, que incide en las dificultades de tramitación simbólica de un afecto en particular como defensa ante una vitalidad intensa. Es decir, que una enfermedad protege el Yo de la locura al atenuar o suprimir afectos intolerables, susceptibles de despertar angustias insoportables.

En este sentido, proponemos que una somatización, no obstante la autodestructividad psíquica implícita característica del trabajo de la pulsión de muerte, puede cumplir una función como guardiana de la vida en favor de la supervivencia psíquica, lo que revela la positividad de la pulsión de muerte.

El dualismo pulsional y la importancia del conflicto psíquico, mediado por los fenómenos de intrincación y desintrincación pulsional, justifican la importancia de las dos clases de pulsiones. Por tanto, es preciso considerar las relaciones de antagonismo y de cooperación que hay entre ellas. Si la pulsión de muerte destruye ligaduras, desprecia la representación, es responsable de la desobjetalización y favorece la somatización, también la tendencia de Eros a la fusión y a la indiferenciación tendería a la monotonía y al estancamiento del psiquismo: en este sentido, se pueden considerar como antagónicas, puesto que trabajan en direcciones opuestas, pero son simultáneamente cooperantes en la intrincación pulsional equilibrada, responsable de la complejidad y riqueza de la vida psíquica. Más allá de la dimensión autodestructiva de la pulsión de muerte presente en los movimientos de regresión y desorganización progresiva que se instalan y que pueden llevar a una somatización, se reconoce su participación en la vida y su vertiente simultáneamente creadora. Es decir, que si por un lado su trabajo autodestructivo puede seguir desenfrenado y repercutir en el psiquismo atacando las funciones yoicas hasta alcanzar incluso al soma, por el otro es esencial en la estructuración psíquica y en la cohesión psicosomática.

En este sentido, consideramos que no hay vida sin muerte ni muerte sin vida. ¿Es una cierta dosis de autodestructividad esencial para la supervivencia psíquica?

A partir de la distinción entre los distintos órdenes de somatización, se aclara el lugar que la enfermedad somática ocupa en las transformaciones psíquicas. Puede seguir su curso y llegar en un extremo a la muerte biológica, puede relanzar la locura, o incluso expresar una mejoría en la sintomatología psíquica del paciente. De hecho, una enfermedad puede asumirse como posibilidad de reconstrucción. No obstante su orden y el significado psicoanalítico que reviste la enfermedad, se destaca su dimensión

intersubjetiva: expresa una petición de ayuda, aunque rudimentaria, como consecuencia de las dificultades de tramitación simbólica.

En la investigación de esta hipótesis se parte de la relación entre locura y enfermedad orgánica, más propiamente de la dinámica psíquica subyacente a cada una de ellas y que, acorde con los recursos del paciente, va a determinar la instalación de una u otra solución. Reconociendo que ambas se fundamentan en una problemática narcisista, se procede a su distinción a través de la investigación de los aspectos metapsicológicos que crean las condiciones para su desarrollo y caracterizan cada una de ellas. Este punto de partida tiene que ver con el hecho de que se constata a menudo que *cuando progresa el ruido somático, el ruido psíquico disminuye* (Botella, 2000, p. 151).

Investigar la posibilidad de la somatización como una defensa e intento de supervivencia psíquica, comprender cómo, por qué y para qué enferma el sujeto implica conocer en profundidad sus fundamentos metapsicológicos. Considerando que sus mecanismos subyacentes están más cerca de la psicosis y que ambas están relacionadas con una problemática narcisista, se aclaran las condiciones que determinan el recurso a una solución psicótica o a una solución psicosomática.

En la investigación de la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica, desarrollamos aspectos metapsicológicos prominentes con respecto a las implicaciones de la pulsión de muerte en patología somática: el trabajo de duelo, la sublimación, el narcisismo, el masoquismo y el trabajo de lo negativo pueden asumir dimensiones de vida o de muerte, constituyendo así los ejes metapsicológicos alrededor de los cuales se plantean las cuestiones enfocadas en este capítulo.

¿Podrá la somatización cumplir una suerte de función masoquista y asegurar el montante de sufrimiento neurótico necesario que justificaría la necesidad de una somatización? ¿Pueden los mecanismos defensivos responsables de este trabajo de lo negativo patológico que subyace a los trastornos psicosomáticos albergar un intento de supervivencia psíquica? En cuanto posible manifestación de una reacción terapéutica negativa, ¿puede la somatización revelar el sufrimiento inherente a la amenaza que la separación del analista puede constituir? ¿Qué sentido tendrán las somatizaciones en el trascurso de un análisis? ¿Es preferible somatizar o enloquecer?

Por último, el capítulo VII se dedicará a las conclusiones. A partir de la pregunta que es la fuerza impulsora de esta tesis, y de la hipótesis planteada, se presentan las principales ideas a que ha llevado el curso de la investigación, además de trazarse posibles líneas de investigación futuras que pueden contribuir al desarrollo de nuevas perspectivas en torno al tema.



## Capítulo II. Psicoanálisis y Psicósomática: el encuentro

La relación mente-cuerpo ha ocupado siempre un lugar destacado en el pensamiento de la humanidad y ha pasado por distintos momentos. A partir del cuestionamiento sobre los distintos estados del cuerpo y su relación con el psiquismo, Freud establece las bases para un abordaje psicoanalítico en psicósomática. De hecho, el Psicoanálisis plantea los principios económicos, psicodinámicos y genéticos responsables del gobierno de la unidad psicósomática (Marty, 1990) y asume la teoría de las pulsiones como hilo conductor de la investigación de los distintos estados del cuerpo y su relación con la economía libidinal. Reconociendo las relaciones bidireccionales que se establecen entre los fenómenos psíquicos y somáticos, Freud se dedica a la conceptualización de los distintos trastornos psicósomáticos: psiconeurosis de defensa, neurosis actuales y afecciones orgánicas. Basándose en sus aportaciones, otros psicoanalistas, en particular G. Groddeck, F. Deutsch y S. Ferenczi desarrollaron el tema de las afecciones orgánicas y su posibilidad de tratamiento psicoanalítico. Las contribuciones de las distintas escuelas que emergieron a continuación – la Escuela de Chicago, la escuela Argentina y el Instituto de Psicósomática de París – llevaron a la delimitación del campo de la Psicósomática Psicoanalítica, en cuanto disciplina responsable del estudio de los factores psicológicos conscientes e inconscientes que intervienen, ya sea en la etiología, en el desencadenamiento, en la evolución o en el tratamiento de las enfermedades somáticas (Ulnik, 2008).

### II.1. Introducción: objetivos y encuadre

Desde la Antigüedad, la relación mente-cuerpo ocupa un lugar destacado en el pensamiento. Nacida con Hipócrates, la medicina psicósomática se refiere al mismo tiempo al cuerpo y al *espíritu*, más específicamente a la relación entre soma y psique.

Cuando el brillante Eurífone, su colega de la escuela rival de Cnidos llegó a la corte real macedónica, llevó a cabo un tratamiento organicista que demostró ser ineficaz. Afectado por una cruel dolencia, el rey Perdicas II, que habían declarado incurable los frustrados médicos macedónicos, llamó a Hipócrates. Después de examinarlo y de mantener un coloquio con Perdicas, Hipócrates le revela que su

enfermedad tenía por causa un amor “rehuido” de la bella Phila, concubina de su padre. El rey se enfureció con esta revelación pero, tras su reacción agresiva, reconoció que era acertada. Satisfizo su pasión y sanó (Martiny, 1964).

En sus hallazgos sobre los sueños y la sexualidad, en los modelos del aparato psíquico y las pulsiones, Freud presenta una amplia y compleja reflexión sobre las relaciones entre lo psíquico y lo somático. Partiendo de la definición de pulsión como expresión psíquica de una excitación somática, integra cuerpo y psique (Temple, 2002): los fundamentos de la Psicología deben entonces buscarse en la metapsicología freudiana (Aisenstein, 2010). El interés por la relación cuerpo-psique permanece de modo preponderante en toda su obra, y despierta el interés de otros psicoanalistas que retoman también la tesis hipocrática de lo biológico y lo psicológico como unidad.

Sin embargo, en el curso del desarrollo de su teoría y por motivos meramente didácticos, Freud optó por fijarse en la investigación de las afecciones mentales, dejando en un segundo plano la investigación de la relación entre los factores psíquicos y la eclosión de las enfermedades orgánicas (Haynal; Pasini, 1983), es decir, el Psicoanálisis de las enfermedades somáticas. No obstante, teniendo en cuenta el relieve de las aportaciones metapsicológicas, es justo reconocerlo como fundador de un abordaje psicoanalítico en psicología.

Tras un breve recorrido por la relación mente-cuerpo y a partir de los orígenes de la relación entre Psicoanálisis y Psicología, este capítulo tiene por objetivo principal aclarar el enfoque psicológico en Freud, distinción esencial para la delimitación del campo de trabajo de la psicología psicoanalítica y su emergencia en cuanto disciplina.

## **II.2. La relación mente-cuerpo: un recorrido**

Los antecedentes de la relación cuerpo-mente son pertinentes para la comprensión del impacto de los planteamientos freudianos. Si hacemos un recorrido a través de la historia, destacan dos grandes corrientes que oscilan entre constantes avances y retrocesos: la monista, que concibe que existe en el hombre un único principio vital, y la dualista, que defiende la existencia de dos principios vitales distintos

en el hombre: cuerpo y alma. Estas dos corrientes asumen distintas formas<sup>5</sup> que traspasan el ámbito de este trabajo, motivo por el cual nos limitaremos apenas a sus representantes principales.

Hipócrates de Cós (460 - 370 a. C.), que dotó la medicina de *espíritu* científico en un intento de explicar los estados de enfermedad y salud, propuso la existencia de cuatro fluidos principales en el cuerpo: bilis amarilla, bilis negra, linfa y sangre. La teoría de los humores es un ejemplo de intento de integración espiritual y física: el predominio de cada tipo de fluido corporal determinaba una forma de conducta tanto orgánica como anímica (Lenarduzzi, 2005). En *Corpus Hippocraticum*, y a propósito de los pacientes asmáticos, plantea que estos debían resguardarse de la rabia, estableciendo así una primera aproximación a la relación de la agresividad con las enfermedades psicosomáticas<sup>6</sup>. Buscó liberar la medicina de las prácticas mágico-sacerdotales y de las teorías teológicas, confiriéndole una concepción naturalista: *el cuerpo vivo es un todo cuyas partes se intersectan y tiene un elemento interno de cohesión, el alma; esta crece y disminuye, muere y renace a cada instante, hasta la muerte* (Mijolla, 2002, p.561).

El hombre sería una unidad organizada, mientras que la enfermedad tendría que ver con una desorganización de ese estado (Volich, 2000). Añade que enfermedad *no debe confundirse con lesión, que es su revelación material o su eventual resultado* (Mijolla, 2002, p. 561). Los planteamientos hipocráticos proporcionan huellas considerables no solo para el Psicoanálisis, sino también para la psicosomática psicoanalítica, en particular el rol de la agresividad y los conceptos de unidad y desorganización.

La teoría de Demócrito (460 a.C - 370 a.C.) preconizaba el cuerpo como domicilio del alma. Los átomos del alma, descritos como delgados y redondeados, se insinuaban por los poros, siendo causa de la vida y de las sensaciones.

Platón (428 - 348 a.C.) concibe el alma como preexistente al cuerpo y sobreviviente a él, mientras que para Aristóteles (384 - 322 a. C.) todo el organismo resulta de la síntesis de dos principios: materia y forma. La visión popular de la

---

<sup>5</sup> El monismo pudo asumir la forma de idealismo o materialismo; el dualismo, la forma de hilomorfismo, interaccionismo, paralelismo y paralelismo psicofísico (Volich, 2000).

<sup>6</sup> Esta relación iba a ser investigada a lo largo del siglo XX no sólo por Freud, sino también por investigadores y psicoanalistas contemporáneos que se dedican al campo de la Psicosomática.

enfermedad atribuía su causa a los dioses, como se puede observar en el caso de la peste que afligió a los griegos, descrita por Homero en *Ilíada*.

Galeno (129-199) rescató la teoría humoral, subrayando la importancia de los temperamentos en el estado de salud. La enfermedad tendría un origen endógeno, cimentado en la constitución física del sujeto o en estilos de vida que pueden llevar a un desequilibrio.

Para San Agustín (354-430), el hombre estaba constituido por sustancias racionales resultantes del alma y el cuerpo, ambas bajo la mano de Dios.

Durante la Edad Media (siglos V a XV), las enfermedades se atribuían al pecado, el cuerpo se consideraba el lugar donde se ubican tanto los defectos y los pecados del alma como los valores supremos de la espiritualidad y la racionalidad. Santo Tomás de Aquino (1225-1274), el *más sabio de los santos y el más santo de los sabios*, propuso una unidad del compuesto humano: en el hombre existe un alma espiritual unida al cuerpo, si bien lo trasciende. Aún en el periodo medieval, Paracelso (1493-1541) atribuía las enfermedades a agentes externos al organismo. Propuso la cura por los semejantes: si las enfermedades resultaban de agentes químicos, los remedios tendrían que ser químicos también: así, administraba a sus enfermos pequeñas dosis de metales y minerales.

Tras el Renacimiento y dentro del contexto del creciente interés por las ciencias naturales, Descartes (1596-1650) inaugura el racionalismo y propone la separación entre alma y cuerpo: el estudio de la mente quedaba reservado a la religión y a la filosofía, mientras que el cuerpo, entendido como una máquina, se quedaba como objeto de estudio de la medicina. En 1641, establece el dualismo sustancial: alma y cuerpo son dos sustancias separadas, de naturaleza totalmente distinta. El alma tiene por esencia el puro pensamiento, pero carece de extensión, mientras que el cuerpo tiene por esencia la extensión y se rige por causas puramente mecánicas, incapaces por completo de pensar. Aislado del viviente, el cuerpo solo adquiere las características de un objeto científico en su concreción real.

La unidad natural del ser humano se divide así en dos partes, cuerpo y alma, tal como se había concebido en la Antigüedad: la sustancia pensante y la sustancia extensa. Sin embargo, esta división conlleva una cuestión fundamental: si alma y cuerpo son dos sustancias distintas ¿cómo es posible que las afecciones del cuerpo produzcan ideas en

la mente y cómo pueden las ideas de la mente producir acciones en el cuerpo? Descartes propone que esta comunicación entre alma y cuerpo se establecería en la glándula pineal, que creía exclusiva de los seres humanos. No obstante, este planteamiento es contradictorio con su propia definición de sustancia, que sería o pensante o extensa.

En *Ética* (1677), Espinoza rompe con el dualismo. La única sustancia es Dios: extensión y pensamiento no son sustancias distintas, sino dos de los atributos de una única sustancia infinita. Define cuerpo y pensamiento (alma) por el poder de afectar y ser afectados. Esta relación entre *espíritu* (sustituye alma por *espíritu*, en un intento de darle connotaciones religiosas) y cuerpo, *inaugura un paralelismo epistemológico entre la idea y su objeto* (Gutiérrez, 2005, pp. 110-112) y es determinante para los desarrollos psicoanalíticos.

Alma y cuerpo son dos modos de existencia y ninguno es superior al otro: todo lo que es acción en el cuerpo es acción en el alma y todo lo que es pasión en el alma es también pasión en el cuerpo. Es decir, que el orden de las acciones y de las pasiones de nuestro cuerpo va, por naturaleza, a la par del orden de las acciones y pasiones del *espíritu*.

El vocablo *psicosomática* (1818)<sup>7</sup> fue propuesto por Heinroth (1773-1843), internista y psiquiatra alemán inscrito en la corriente vitalista de X. Bichat, al invocar *factores psicosomáticos* en los insomnios. Aunque sus postulados teóricos muestren originalidad, sus contribuciones a la práctica clínica han sido poco significativas. En los inicios del siglo XX el término estaba prácticamente olvidado, pero se retomó en 1946. La concepción inicial de la *psicosomática* incluye así la influencia de factores psíquicos en las afecciones orgánicas, cuestionando el positivismo que hasta entonces había caracterizado la medicina clásica y las ciencias empíricas en general. Heinroth defendió una orientación monista semejante a Espinoza: cuerpo y psique no serían más que, respectivamente, la parte exterior y la parte interior de una misma cosa.

Los aspectos biológicos valorados en los modelos iniciales de la *psicosomática* se fundamentaban en una concepción lineal de la causalidad. Posteriormente, el Psicoanálisis ancló su interés en la psicogénesis de la enfermedad.

---

<sup>7</sup> Propone también la expresión *somatopsíquica* (1828).

### II.3. Los orígenes psicoanalíticos de la psicósomática

*Precisar las relaciones entre Psicósomática y Psicoanálisis implica una explicitación del entendimiento que el Psicoanálisis hace de las relaciones entre soma y psique, en un contexto metapsicológico (Franco, 1998, p. 76).*

En los primeros momentos de encuentro entre Psicoanálisis y Psicósomática, se reconocen dos movimientos distintos. A finales del siglo XIX, Pierre Janet propone una hipótesis psicodinámica para un proceso psicósomático. En sus formulaciones, concibe los síntomas como producto de una *desaggregation psychologique*, destacando una fragilidad mental hereditaria en las personas destinadas a la histeria: la disociación resultaría así de una deficiencia de la energía psicológica<sup>8</sup>. La línea de pensamiento de Freud no es tan distinta del pensamiento que propuso Janet, pues ambos estaban de acuerdo con la idea de una división o fragmentación del funcionamiento mental como fenómeno observable en las histerias.

Sin embargo, y basándose en el tratamiento hipnótico de la histeria, Freud cuestiona las influencias recíprocas entre lo psíquico y lo somático. A partir de los estudios realizados en colaboración con Jean Martin Charcot (1825-1893), plantea no solo que las enfermedades orgánicas no tienen fundamentos estrictamente biológicos, sino también que el cuerpo es susceptible a las vicisitudes de la mente (Pérez, 2006). El descubrimiento del inconsciente a finales del siglo XIX provoca un cambio de paradigma y el planteamiento de una nueva teoría de los procesos psíquicos (Pérez, 2006). Alejándose de la idea de Breuer con respecto a los estados hipnoides y el recurso al método catártico, Freud amplía la perspectiva de investigación de los síntomas conversivos del fenómeno histérico, aportando a continuación las ideas de *conflicto*, *defensa* (1894) y *formación de compromiso* (1908). Con sus hallazgos, el Psicoanálisis cambia las hipótesis con respecto a la relación entre lo psíquico y lo somático (Assoun, 2000).

---

<sup>8</sup> *La misère psychologique.*

### II.3.1. Bases freudianas para un abordaje psicoanalítico en Psicósomática

El cuestionamiento sobre los distintos estados del cuerpo y su relación con el psiquismo puede considerarse como parte del fundamento y desarrollo del Psicoanálisis. Los primeros estudios sobre las afasias y sobre la histeria a finales del siglo XIX marcan el momento en que Freud abre la primera brecha en el abordaje estrictamente neurológico vigente y comprueba el funcionamiento del inconsciente (Breton, 2007).

El abandono de la teoría de la seducción traumática en detrimento de la teoría de la seducción generalizada (Freud, 1897), llevó a un cambio de perspectiva en la comprensión de la histeria y confirmó la importancia de la fantasía y del deseo inconsciente en la vida mental: un cuerpo que habla de lo deseable aunque condenable.

Investigando las vías que llevan al conflicto psíquico a manifestarse en la esfera somática y aceptando acoger lo que la ciencia de su época rechazaba – los sueños, los lapsos, la histeria – Freud fundó y desarrolló una clínica asentada en presupuestos metapsicológicos que iban a permitir avances en la comprensión de las relaciones entre las manifestaciones psíquicas y corporales (Volich, 2000, p. 57), proporcionando así aportaciones de relieve para la psicósomática<sup>9</sup>.

La pulsión, en cuanto concepto fronterizo entre las dimensiones somática y psíquica, rompe en definitiva con las convicciones dualistas, permitiendo traspasar el modelo cartesiano: a través de la pulsión, soma y psique quedan irremediabilmente indisociables. En efecto, la investigación psicoanalítica, basada ahora en el eje económico y en un funcionamiento del sujeto que integra cuerpo y mente, aborda el problema del psicósoma desde una nueva perspectiva (Temple, 2002): *los síntomas psíquicos ejercen una función en la economía subjetiva, manifestándose en el sustrato corporal* (Teixeira, 2006, p. 24).

La erogeneidad del cuerpo, marcada por la pulsionalidad, justifica que los factores de orden psíquico se manifiesten por la vía somática, concepción reforzada posteriormente y que se mantiene hasta la actualidad: es lo sexual lo que permite articular los dominios somático y psíquico (Green, 2010). Esto resulta en un nuevo estatuto del cuerpo, el cuerpo del Psicoanálisis, distinto del soma restringido a lo

---

<sup>9</sup> Freud no utilizó el término psicósomática aunque más tarde haya sido introducido y adoptado en el léxico psicoanalítico (Taylor, 2003).

biológico, y que considera su representación subjetiva: la salud de uno está íntimamente ligada a su propia historia. El *aparato del alma* se construye a través de un devenir temporal ligado a un cuerpo que, como soporte fundante, sufre constantes transformaciones: *el Yo es primitivamente un Yo corporal* (Freud, 1923, p. 32). En cuanto soma, el cuerpo participa en la construcción narcisista de sí mismo. En este sentido, *la descripción de la enfermedad orgánica en sus relaciones con la distribución libidinal por parte del Yo guarda particular importancia* (Fernández, 2002, p.18).

Ante el enigma de la existencia humana y como punto de partida de la comprensión de la génesis psicosomática, el Psicoanálisis es su referencia esencial: *la revolución psicoanalítica permite establecer los principios económicos, psicodinámicos y genéticos que gobiernan y organizan la unidad psicosomática de un individuo* (Marty, 1990, p.14). En este sentido, constituye una contribución indudable hacia la cuestión del hombre que, *destinado, programado y organizado para aprovechar y promover la vida, se coloca en los callejones sin salida de los senderos de la destrucción de sí mismo* (Pereña, 2001, p. 119).

### **II.3.2. Distinción conceptual de los trastornos psicosomáticos en Freud: psiconeurosis de defensa, neurosis actuales y afecciones orgánicas.**

*No se puede despreciar por mucho tiempo el hecho de que los fenómenos psíquicos son en alto grado dependientes de las influencias somáticas y que, a su vez, tienen efectos poderosos en los procesos somáticos* (Freud, 1938[1940], p. 303).

Los modelos etiológicos de la histeria y de las neurosis actuales fueron las primeras referencias del Psicoanálisis para pensar en la participación de los factores psíquicos en las enfermedades orgánicas (Volich, 2007). Los criterios subyacentes al modelo económico fueron capitales para aclarar esta relación, en particular para conceptualizar y reconocer los distintos fenómenos observados en la práctica clínica: el síntoma conversivo histérico, los síntomas somáticos de la neurosis actual, los síntomas hipocondríacos y las enfermedades orgánicas.

En la secuencia de los estudios en los cuales ubicó la histeria en el campo de las psiconeurosis, Freud (1898) introduce el concepto de neurosis actual, campo donde encuadra la neurosis de angustia y la neurastenia, circunscritas a la insatisfacción



libidinal de la vida sexual pos puberal y, posteriormente, en 1914, agrega la hipocondría (Laplanche y Pontalis, 1967).

La investigación sobre los orígenes de la angustia está justamente relacionada con el intento de diferenciar psiconeurosis y neurosis actuales. La cualidad del conflicto psíquico es el aspecto principal que fundamenta esta distinción: en la neurosis actual el conflicto proviene de la actualidad del paciente y no de su historia infantil como en la psiconeurosis, y es el resultado directo de la ausencia o inadecuación de la satisfacción sexual. Esto conlleva otra distinción esencial: mientras que en la etiología de las psiconeurosis participa un componente psíquico (Freud, 1894), en las neurosis actuales el origen se ubica en el dominio somático (Freud, 1898), como resultado de las tensiones debidas a un exceso o a un déficit de libido. Por eso, las neurosis actuales no tienen significado psicológico y se definen esencialmente por un criterio cuantitativo desde una perspectiva económica de la teoría pulsional.

En lo que respecta a la elaboración de la excitación psíquica y al mecanismo de formación de síntomas, surgen dos posibilidades: a través de la mediatización simbólica, donde resultarían los síntomas predominantemente psíquicos de las psiconeurosis de defensa, y a través de la transformación directa en angustia, donde sin la mediación de los mecanismos psiconeuróticos —represión, desplazamiento y condensación— resultarían en los síntomas de las neurosis actuales. Al estar carentes de mediación simbólica, no tienen posibilidad de inscripción ni de elaboración psíquica<sup>10</sup>: esta imposibilidad libera una cantidad de excitación no representable que lleva la excitación sexual a derivar directamente en la vía somática.

El modelo etiológico de las psiconeurosis no explica la relación entre los factores emocionales y la enfermedad orgánica, donde se produce un fenómeno análogo al que engendra el desarrollo de las neurosis actuales: la transformación directa de la excitación. Así, en términos etiológicos, la patología psicosomática estaría más cerca de

---

<sup>10</sup> La elaboración psíquica, proceso a través del cual se produce la simbolización, es el trabajo que realiza el aparato psíquico para dominar las excitaciones que recibe y cuya acumulación es una amenaza patogénica. Consiste en la *integración de las excitaciones en el psiquismo y en el establecimiento de conexiones asociativas* (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 196). Este trabajo es ineficaz en los procesos que conducen a la somatización.

las neurosis actuales que de las psiconeurosis, en las cuales la comunicación permanece simbolizada y sexualizada, o sea, en estrecha relación con el registro mental.

No obstante el relieve de estas contribuciones, la importancia conferida a la represión y a la sexualidad infantil, así como la etiología somática del síntoma y sus orígenes en un conflicto actual, contribuyeron a que Freud dejara la neurosis actual fuera del campo del trabajo psicoanalítico y a la dilución del concepto a lo largo de su obra.

Los trastornos psicosomáticos no son siempre del mismo orden: aunque el cuerpo se asuma como vehículo privilegiado de expresión sintomatológica, el sufrimiento del cuerpo puede traducir funcionamientos psicopatológicos distintos. Para el Psicoanálisis importa considerar el funcionamiento psíquico vigente y desde allí reconocer los distintos trastornos, en detrimento de un gradiente creciente de organicidad<sup>11</sup> que se asienta en el real del cuerpo: la organicidad no pertenece al campo de trabajo psicoanalítico (Ulnik, 2000). La distinción conceptual entre los distintos estados del cuerpo cimentada en el funcionamiento psíquico es de suma importancia. Es fundamental para el trabajo clínico identificarlos, reconocerlos y significarlos en la historia de cada sujeto, aclarando la configuración que subyace al *misterioso salto de lo psíquico a lo somático* (Freud, 1895): de hecho, la diferenciación tendrá que establecerse en términos no solo de la capacidad de simbolización sino también del nivel de simbolización utilizado (Ulnik, 2000). Esta distinción es tan pertinente como necesaria, no solo en términos epistemológicos y sus implicaciones en el campo de la investigación y de la clínica (Taylor, 2003), sino también por los objetivos propios de este trabajo.

### **II.3.2.1. Las psiconeurosis de defensa: afecciones psicogénicas**

Desde el advenimiento del inconsciente, se reconoce significado simbólico a la histeria puesto que la represión, en cuanto mecanismo de formación de síntomas, es de naturaleza exclusivamente psíquica. Así, solamente las psiconeurosis serían susceptibles de tratamiento psicoanalítico, por su origen psicológico y por la posibilidad de respuesta

---

<sup>11</sup> Trastorno funcional o lesión orgánica.

ante la interpretación del conflicto intrapsíquico: la manifestación corporal de conflictos emocionales se expresa como una medida eventual, funcional y dotada de poco poder destructivo.

Aunque el paciente no reconozca el vínculo establecido, la etiología de las psiconeurosis es psíquica y está ligada a la vida sexual: *los eventos que están en la raíz de toda psiconeurosis pertenecen no al momento presente sino a una época de vida de antaño, como si fuera una época pre-histórica, la época de la infancia inicial: el paciente nada sabe de ellos. Los olvidó aunque solamente en determinado sentido* (Freud, 1898, pp. 293-294). Los síntomas dependen de la actuación de *complejos ideativos inconscientes* (Freud, 1898, p.191), o sea, de la represión, y expresan simbólicamente un conflicto psíquico que encuentra sus raíces en la historia infantil del sujeto. Se consideran las formas clínicas vinculadas a la neurosis obsesiva, fóbica e histérica (Laplanche, 1990). Nos detendremos solamente en esta última porque es la histeria la que designa la entrada del cuerpo en la experiencia analítica.

En *Estudios sobre la histeria* (1893-1895), Freud atribuye la formación de síntomas a la represión de ideas o pensamientos incompatibles con la moral de la persona. A fin de mantener dicha moral, la energía libidinal conectada con esos pensamientos tendería a desgarrarse, transformándose en una expresión somática, en el rostro del fenómeno conversivo (Taylor, 2003): las primeras formulaciones psicoanalíticas interpretaban la sintomatología somática como si fuera de naturaleza histérica, resultante de una cantidad de energía desligada de su representación.

En sus desarrollos, Freud sustituye *la realidad del trauma y la realidad de la seducción por relatos fantaseados, aunque no por ello menos realmente traumáticos* (Gómez Sánchez, 2002, p. 77): aunque atribuye en un primer momento la histeria a un trauma sexual, y sin negar la eventualidad de la seducción real, reemplaza más tarde la teoría de la seducción traumática por la teoría de la seducción generalizada<sup>12</sup>. Considera las fantasías como responsables del origen del conflicto que lleva al mecanismo fundante de cualquier neurosis: la represión. Los síntomas emergen así como una expresión simbólica de fantasías inconscientes de la infancia, sexuales y agresivas.

En la histeria de conversión el psiquismo se asienta en una organización edípica relativamente estructurada, en la cual la represión solamente afecta a la representación.

---

<sup>12</sup> Carta 69 a Fliess (1897).

El mecanismo conversivo indica la posibilidad de que los conflictos psíquicos produzcan síntomas corporales: una corporificación del síntoma (Assoun, 2000) sin lesión orgánica, o sea, sin que la materialidad del disturbio exija un daño estructural (Casetto, 2006). Es entonces el cuerpo libidinal el que se pone enfermo, constituyéndose como escenario donde se juega el drama histérico: *lo real del cuerpo no se ve afectado aun cuando el sujeto pueda quedar paralizado o ciego* (Teixeira, 2006, p. 23). Es decir, que el *psiquismo fluye hacia el cuerpo, no sin antes haber efectuado ese misterioso salto a lo somático en el cual la simbolización conserva sus derechos* (Green, 2005, p. 275).

En cuanto símbolos mnémicos convertidos en el cuerpo, los síntomas implican una dinámica inconsciente, y afirman *la existencia de la represión y del retorno de lo reprimido por medio del mecanismo de desplazamiento característico de las psiconeurosis* (Castellano-Maury, 2001, p. 53). Así, no es el cuerpo quien habla, sino las representaciones reprimidas a través de él. La conversión somática de un afecto busca neutralizar la excitación liberada de su represión, encontrando en la expresión corporal una posibilidad de traducción. El daño corporal expresa la economía del daño de la representación incompatible, o sea, el destacamento de una energía oriunda de una tensión representativa. La conversión es, de acuerdo con Freud, la marca de la histeria.

El modelo de la histeria de conversión introduce un paradigma de causalidad psicológica que envuelve órganos inervados por el sistema neuromuscular voluntario y el sistema neurosensorial sensitivo-motor. El cuerpo y sus funciones se entregan a la mente para que los utilice a su antojo: es decir, que los síntomas somáticos que subyacen a los fenómenos conversivos histéricos expresan simbólicamente conflictos inconscientes, predominantemente sexuales, entre un deseo prohibido y la defensa hacia ese mismo deseo, bajo la égida del principio del placer. Tienen significado puesto que expresan un cuerpo fantaseado, cuentan una historia y siguen las leyes psíquicas (Weiner, 1982): en el caso Dora, por ejemplo, Freud explica los disturbios somáticos como síntomas corporales con significado y que simbolizaban sus fantasías de la relación con el Señor K. Trabajando sobre la dimensión de la palabra y utilizando como recurso la interpretación, el síntoma histérico, al estar insertado en una cadena de significaciones, puede desaparecer.

El síntoma hace dialogar alma y cuerpo expresando el conflicto tanto como lo disfraza: la representación inconciliable se vuelve inofensiva por el hecho de que la

cantidad de excitación es referida a lo corporal. La complacencia somática otorga a los *procesos psíquicos inconscientes una salida en lo corporal* a través de un proceso normal o patológico en / o relativo a un órgano del cuerpo (Freud, 1894), abriendo los umbrales a un saber inconsciente que da cuerpo al propio síntoma (Assoun, 2000).

### **II.3.2.2. Neurosis actuales: distinción conceptual entre neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría.**

Más allá de las psiconeurosis, Freud presentó otro tipo de sufrimiento que aludía a un origen corporal (Jarast, 2006), pero que no alcanzaba un estatus discursivo, simbólico. Aunque están frecuentemente mezclados, Freud parte de los síntomas para establecer el diagnóstico diferencial entre psiconeurosis y neurosis actual.

La irrupción de síntomas somáticos como producto de la angustia no asume una significación simbólica. Son las características somáticas de la sintomatología y el carácter actual de su origen las que constituyen las principales características de las neurosis actuales, donde se engloban los desórdenes funcionales de la medicina clásica.

La etiología de las neurosis actuales – en ese momento apenas neurastenia y neurosis de angustia – descarta la sexualidad infantil. Esto remite a otra relación de temporalidad entre causa precipitante y síntoma. La ausente o inadecuada satisfacción sexual tiene repercusiones económicas que resultan en disfuncionamientos somáticos (Freud, 1898): parte así de la realidad para el soma y no de una representación o escena imaginaria.

La especificidad de las neurosis actuales con relación a las psiconeurosis fue planteada en la correspondencia con Fliess y en los manuscritos B y E (1894). En este último, contempla tres mecanismos psíquicos que constituyen su fuente y que implican un fracaso de la represión: supresión, degradación (desorganización) y disfunción de la sexualidad y de la psicosexualidad (Smadja, 2003). Estos mecanismos son de suma importancia para una comprensión psicoanalítica de la psicósomática, en particular la supresión, en cuanto barrera que se instala entre el preconscious y consciente: se trata de un mecanismo para evitar una representación adquirida, que se puede propagar hasta alcanzar a otras representaciones ligadas afectivamente a las precedentes.

La relación entre excitación sexual somática y representaciones psíquicas en la etiología de la neurosis actual, en particular en la neurastenia, continúa describiéndose en el manuscrito G (1895), donde se establece la relación entre melancolía y angustia. El empobrecimiento de la excitación somática que se produce causa a su vez una inhibición, una especie de retracción de los contenidos psíquicos, que traduce el no funcionamiento del engranaje entre tensión sexual somática y representantes psíquicos.

La distinción planteada por Freud entre las dos modalidades iniciales de neurosis actuales reside en la etiología y en la sintomatología. En la neurastenia, prototipo de toda la neurosis actual, el factor etiológico reside en la descarga o apaciguamiento inadecuado o excesivo de la excitación sexual: (...) *adquirido por masturbación excesiva o procedente espontáneamente de emisiones frecuentes* (Freud, 1898, p. 294). De esa descarga, resulta un empobrecimiento de la tensión sexual.

La neurosis de angustia surge como nueva posibilidad diagnóstica, cuyos síntomas son manifestaciones de angustia, momentáneas o permanentes (Freud, 1897), que resultan de una transformación directa del factor cuantitativo del representante pulsional: *revela influencias sexuales que tienen en común el factor de contención o la satisfacción incompleta, tal como el coitus interruptus, la abstinencia* (Freud, 1898, p. 294), o sea, la libido no consumada.

La particularidad de su etiología se caracteriza por el incremento de la excitabilidad sexual somática que resulta del estancamiento de la libido y la imposibilidad de descarga adecuada: la ausente o insuficiente elaboración psíquica no permite que la excitación llegue hasta el psiquismo y se transforme. Sin posibilidad de inscripción psíquica, la excitación derivaría directamente en el plano somático bajo la forma de angustia (Laplanche & Pontalis, 1967). Esta angustia, libre, carece de un objeto nítido, y resulta del fracaso de la represión ante un exceso traumático de estímulos internos o externos: (...) *una insuficiencia psíquica que produce, como consecuencia, procesos somáticos anormales. En lugar de un procesamiento psíquico, hay un desvío de la excitación hasta el somático; la diferencia está en que la excitación, cuyo desplazamiento se exterioriza en la neurosis, es puramente somática en la neurosis de angustia (excitación sexual somática) mientras que en la histeria, es psíquica (provocada por un conflicto)* (Freud, 1895a, p. 114). Los trazos sintomatológicos gravitan alrededor del síntoma nuclear de la angustia, como sobresalto, inquietud, ansiedad, vértigo, agorafobia. Se manifiestan tanto por

equivalentes somáticos como por una indefinida e inquietante sensación de miedo de morir, enloquecer o tragedia eminente, que expresan el desamparo del Yo (Fonseca, 2007).

Subrayando el papel represor de la civilización sobre la vida sexual como causa de las neurosis y de la infelicidad en el hombre, Freud (1908) reiteró la incidencia de los síntomas de las neurosis actuales en el plano somático, comparándolos a los síntomas de naturaleza tóxica resultantes de un exceso o escasez de ciertos “tóxicos nerviosos”: el mecanismo de formación de los síntomas debería buscarse en la química.

La hipocondría, a la que se hace referencia por primera vez en el caso de Schreber (1911)<sup>13</sup>, se presenta como tercera modalidad de neurosis actual en 1914, correspondiendo a la neurosis actual de la parafrenia (esquizofrenia) o psicosis narcisista (paranoia).

En la organización hipocondríaca, Freud (1915 [1914]) subraya la retirada del interés de la libido del mundo externo y de los objetos de amor hacia el órgano que reclama atención: es el producto de una hipercatexia erótica de la función somática, frecuentemente acompañada por angustia. Los síntomas hipocondríacos encuentran así su origen en una estasis de la libido narcisista que no encuentra utilidad psíquica, expresándose por quejas somáticas que constituyen un intento más o menos abortado de simbolización, entre somatización y conversión (Brusset, 1995, en Matos, 1999). Es una patología que se declara frecuentemente tras un acontecimiento significativo para el sujeto, y que trata de la *instalación de una relación persecutoria de un objeto en el interior del cuerpo que se emancipa y habla a su manera* (Green, 2005 en Maladesky, 2005, p. 153).

Si en la conversión es el cuerpo quien habla, en la hipocondría, por ausencia de los mecanismos psiconeuróticos, no hay una significación a elucidar: en la inquietud imaginaria de una lesión orgánica que no existe y en consecuencia de la retirada de la libido objetal, el interés del sujeto se fija en un lugar particular de sobreinvertimiento narcisista en el cuerpo: el órgano que preocupa (Matos, 1999).

Las aportaciones freudianas de las neurosis actuales son particularmente relevantes, pues constituyen importantes puntos de partida para la investigación en

---

<sup>13</sup> *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente* (Freud, 1911 [1910]).

Psicosomática Psicoanalítica, disciplina que se consolidó posteriormente. Su definición inicial lleva *directamente a las concepciones modernas de las afecciones psicosomáticas* (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 384), incluso si se propusiera que la neurosis actual se clasificara como tal (Ferraz, 1997). De hecho, la ausencia de una estructura neurótica suficientemente elaborada a la que la neurosis actual parece apuntar, o incluso su inexistencia (Bergeret, 1998), puede abrir los umbrales a una somatización. A pesar de la insatisfacción libidinal como precipitante, es una causalidad que parece frágil por fijarse en la dimensión económica y dejar de lado la importante cuestión de la supresión de la agresividad (Laplanche & Pontalis, 1967).

Si por un lado la insistencia en la insatisfacción de las pulsiones sexuales como factor etiológico limitó el alcance del concepto, por el otro, el reconocimiento de la emergencia de sintomatología somática con otra relación de temporalidad que no fuera el retorno de la sexualidad infantil reprimida, tiene una enorme importancia (Ferraz, 1997). Sin embargo, los desarrollos freudianos aclararan que cualquiera que sea el valor precipitante de los factores actuales, los síntomas expresan conflictos pasados, motivo también por el cual el concepto de neurosis actual perdió peso. El problema es que aunque la teoría de las neurosis actuales perdiera peso en Freud, fue reactualizada y jerarquizada por Marty, transfiriendo así el mismo sesgo y por lo tanto la misma estrechez de miras al terreno de la psicosomática.

Lo que otorga especificidad a la organización de la neurosis actual desde el punto de vista metapsicológico es la interrupción de la trayectoria de la excitación sexual somática para la psique, ubicando el problema en torno de la pulsionalidad: el cuerpo asume un exceso que el Yo no pudo procesar.

### **II.3.2.3. Afecciones orgánicas**

Por considerar que las afecciones orgánicas no se encontraban bajo el alcance del tratamiento psicoanalítico, dado que su etiología no dependía estrictamente de factores psicológicos, Freud relega su abordaje desde el punto de vista doctrinal y sistemático. Pero más allá de este motivo, planteamos como hipótesis que este alejamiento tiene que ver con un intento de definir con claridad un objeto de estudio específico del Psicoanálisis diferenciándose de la Medicina, así como con la progresiva necesidad de asegurar la consistencia del edificio metapsicológico. Considerando la



tibia recepción de sus planteamientos en una comunidad científica impregnada de positivismo, parece optar por no obstaculizar demasiado su camino desafiando lo que podría ser entendido como un mismo objeto de investigación. Cautelosamente, relega lo que es orgánico al segundo plano y restringe en ese momento el ámbito del Psicoanálisis al campo de las afecciones mentales.

Sin embargo, y basándose en su extensa experiencia clínica, Freud da cuenta de las relaciones entre los estados psicopatológicos y las afecciones orgánicas, y destaca la importancia de los factores psíquicos en su génesis y persistencia<sup>14</sup> (Freud, 1923). Los síntomas somáticos *son la expresión de una pura carga energética no ligada que no encuentra medios mentales adecuados para ser evacuada* (Castellano-Maury, 2001: 53). En este sentido, en el origen de la afección orgánica hay perturbaciones de la organización psíquica (Mijolla, 2002).

La aproximación freudiana a la enfermedad orgánica considera dos ejes. El primero tiene que ver con una regresión narcisista tras la instauración de una enfermedad somática. El segundo tiene que ver con la dimensión económica (Aisenstein; Aisemberg, 2010).

*El Psicoanálisis se desarrolló en un terreno restringido. En su origen conoció una sola meta: comprender algo acerca de la naturaleza de las enfermedades llamadas funcionales, a fin de remediar la impotencia de los médicos para su tratamiento* (Freud, 1924 [1923], p.220). Sin embargo, hay que reconocer en los planteamientos freudianos dos explicaciones distintas de los trastornos psicósomáticos: una en la cual el síntoma es el producto de un conflicto psíquico con sus fantasías inconscientes subyacentes; otra en la que el síntoma resulta de fallos de inscripción psíquica por huecos simbólicos (Bronstein, 2010 en Aisenstein, 2010). Deja así abierto el camino a sus seguidores, que empiezan a aplicar el método psicoanalítico a la investigación y tratamiento de pacientes físicamente enfermos.

#### **II.4. Contribuciones de los autores pos-freudianos**

*Después de Freud, los psicoanalistas disponen de un método de exploración de los procesos psíquicos inconscientes y de concepciones que permiten acceder a la inteligibilidad de la formación de síntomas en el cuerpo* (Smadja, 2009, p. 123).

---

<sup>14</sup> Este tema será retomado y desarrollado en el cap. III.

Freud revolucionó el pensamiento psicosomático *transformando la dialéctica cuerpo-mente en una dialéctica pulsional* (Smadja, 2009, p. 183). La teoría de las pulsiones fue el hilo conductor que incitó la investigación de las particularidades de los *distintos estados del cuerpo y su relación con la economía pulsional* (Smadja, 2003, p. 66). Es decir, que es del complejo juego de relaciones entre las pulsiones y sus trayectorias (somatopsíquicas o psicosomáticas) que emergerán las manifestaciones psíquicas y/o somáticas. La articulación psique-soma se ancla en la historia del sujeto y define esas trayectorias. La psicosomática psicoanalítica *parte de los descubrimientos del método psicoanalítico y nace del monismo psique / soma, pero también del dualismo pulsión de vida / pulsión de muerte* (Castellano-Maury, 2001, p. 51).

Otros psicoanalistas comienzan a manifestar su interés por las enfermedades psicosomáticas. Nos referiremos apenas a las principales ideas relevantes para el advenimiento de la psicosomática psicoanalítica.

Federn (1913) presenta en la Sociedad Psicoanalítica de Viena un caso de asma, desarrollando la investigación en el campo de las manifestaciones somáticas en la histeria (Haynal y Pasini, 1978, p. 26). Georg Groddeck (1866-1934) y Sandor Ferenczi (1873-1933) fueron los pioneros del recurso a los planteamientos metapsicológicos para intentar identificar los determinantes emocionales en las enfermedades orgánicas. Sin embargo, ambos parten del modelo etiológico de la histeria, considerando la enfermedad como producto de la conversión, es decir, de un mecanismo puramente mental. De ese modo, forjaron hipótesis extremistas que llevaron a un reduccionismo del complejo salto de lo psíquico a lo somático.

#### **II.4.1. Georg Groddeck (1866-1934)**

Inicia su correspondencia con Freud en 1917, afirmando su independencia de *espíritu*. En ese mismo año publica *Determinación psíquica y tratamiento psicoanalítico de los desórdenes orgánicos*, obra que se considera un hito en la medicina psicosomática, donde introduce el concepto de *Ello*, destacando su poder en el organismo. Propuso una doctrina psicoanalítica de las enfermedades orgánicas, en la cual el Ello omnipotente puede producir un síntoma neurótico, un trazo de carácter o una enfermedad somática. Defiende así que la enfermedad, en cuanto que posible expresión del *Ello*, no proviene del exterior sino que *es el propio ser humano el que la*

*produce; el hombre solo se sirve del mundo exterior como instrumento para ponerse enfermo* (Groddeck, 1923, p. 219), es de donde coge su enfermedad.

Amplía el mecanismo psicológico de la histeria a las enfermedades orgánicas, erigiendo la conversión como arquetipo de toda la somatización. Todos los síntomas somáticos, en cuanto expresión de deseos inconscientes pueden resultar de represiones inconscientes. Representantes simbólicos de conflictos psíquicos, poseen un sentido y un significado y son susceptibles de tratamiento psicoanalítico, pues tienen el mismo valor de compromiso que los síntomas de las neurosis. Groddeck considera las enfermedades orgánicas como soluciones problemáticas para los conflictos del ser humano.

El significado escondido por el síntoma es responsable de la disociación o represión, elemento esencial en su proceso de formación: sin significado, sin conflicto, no hay enfermedad psicosomática. Así, no hay enfermedades orgánicas o enfermedades psíquicas, sino que cuerpo y alma enferman al mismo tiempo. *La expresión psicosomática no es entonces un estado, sino una esencia: la del ser humano* (Volich, 2000, p. 76). Sin embargo, la ausencia de discriminación y de diferenciación entre los distintos niveles psíquicos y los niveles biológicos y fisiológicos es criticable.

#### **II.4.2. Félix Deutsch (1884-1964)**

Como Groddeck, amplía el punto de vista freudiano de la histeria de conversión: los síntomas somáticos son la expresión de una fantasía inconsciente en lenguaje corporal. Deutsch<sup>15</sup> asume también que las enfermedades somáticas tienen un significado simbólico primario y son susceptibles de interpretación psicoanalítica.

El psicoanalista vienés crea en 1919 la primera clínica para neurosis orgánicas (Haynal, 2008). Introduce el término medicina psicosomática para dar cuenta de las relaciones entre psique y soma, dando primacía a la dimensión psíquica en los orígenes de ciertas enfermedades. Emigra a los Estados Unidos en 1927, reintroduciendo la cuestión de la psicosomática y despertando el interés en esta materia: pionero del tema,

---

<sup>15</sup> Así como Jelliffe, Steckel, y posteriormente Sperling. También A. Garma concibe, por ejemplo, la ulcera péptica como una expresión simbólica de una madre agresiva internalizada.

tiene como discípulos nombres tan conocidos como Dunbar, Max Schur y Franz Alexander, que crea la escuela de Chicago (Haynal & Pasini, 1978).

Deutsch plantea la noción de unidad psicosomática como parte de la personalidad básica del sujeto y considera que, bajo ciertas condiciones somáticas o emocionales que constituyen los factores desencadenantes, el órgano patológicamente un conflicto mental. En este sentido, los síntomas, como los sueños, llevan significado y son susceptibles de interpretación.

#### **II.4.3. Sandor Ferenczi (1873-1933)**

Ferenczi consagró parte de su obra al Psicoanálisis de las enfermedades orgánicas desafiando las elaboraciones previas sobre las conversiones y la hipocondría, y destacando el rol del masoquismo. Su contribución más importante fue la introducción de conceptos para fenómenos de los que Freud ya se había dado cuenta, pero que había relegado a un segundo plano. Interesado no solo en el recorrido del psiquismo a lo somático sino también de lo somático a lo psíquico, Ferenczi destacó la importancia de la estasis libidinal y de la regresión narcisista, por oposición a la *preponderancia del organicismo aislado en la comprensión de la somatización* (Mijolla, 2002, p. 564). El método psicoanalítico fue necesario para poder explicar con profundidad la vida pulsional donde cuerpo y psiquismo no paran de influenciarse mutuamente (Ferenczi, 1926).

En *Las Patoneurosis* (1917) da cuenta de las reorganizaciones neuróticas y también psicóticas o narcisistas desencadenadas por estados traumáticos inducidos por una enfermedad orgánica o por heridas (en el caso de la neurosis de guerra): la libido, concentrada en la parte del cuerpo enferma o en una herida, conllevaría a su genitalización y a la correspondiente manipulación para la obtención de placer, favoreciendo la persistencia de los síntomas. Aunque desde un punto de vista psicopatológico parezca estar cerca de la neurosis histérica, sería un proceso inverso a la conversión donde la manifestación corporal es secundaria (Casetto, 2006).

Lo que ocurre es una regresión narcisista con valor traumático o una variante de esta acompañada de síntomas neuróticos; se introduce así la idea de una relación entre proceso orgánico e inconsciente (Mijolla, 2002): la enfermedad orgánica podría

considerarse como una defensa hacia *sensibilidades inconscientes*. En este sentido, aclara la relación entre psicosis y enfermedad somática, agregando que las patologías psicóticas, como la melancolía, pueden curarse ante la emergencia de una enfermedad orgánica intercurrente, por fijación de las perturbaciones. Ferenczi señala así la relación que se puede establecer entre la cura de lesiones y la distribución de la pulsión sexual, proponiendo que si bien la reorganización de la distribución libidinal resulta en un incremento del investimento en una determinada zona corporal, participa también en los procesos de cura. De este modo, aclara la relación entre psicosis y enfermedad psicosomática, aspecto que guarda particular interés en esta tesis.

El concepto de neurosis de órgano (Ferenczi, 1926), implica que las disfunciones orgánicas tienen un origen psíquico: *la expresión corporal de un conflicto reprimido específico y su concepción se aplica a las somatizaciones reversibles de las personalidades neuróticas* (Castellano-Maury, 2001, p. 54). Se distinguen de la histeria por involucrar disturbios objetivos y subjetivos, y por contemplar la posibilidad del origen mental de los disturbios reales en el funcionamiento normal de uno o más órganos. Esta hipótesis tiene que ver con el *placer de órgano*, es decir, con la disposición de cualquier órgano del cuerpo para obtener placer en su funcionamiento (Casetto, 2006), lo que puede perturbar su función cuando la sexualidad, por razones psíquicas, está afectada. En este sentido, el Psicoanálisis podría aportar beneficios somáticos como consecuencia del restablecimiento de la *armonía de la vida afectiva del paciente y, de un modo particular, de su vida sexual* (Ferenczi, 1926, p. 382); de ahí que esté cerca de las neurosis actuales propuestas previamente por Freud.

## **II.5. Escuelas principales: breve recorrido**

La historia de la práctica psicoanalítica con pacientes somáticos está vinculada a la comprensión que distintos autores le han dado al sentido del síntoma somático y al significado de la enfermedad, que ha cumplido desde Freud una exigente trayectoria (Smadja, 2003). De entrada, el abordaje psicoanalítico de las enfermedades somáticas fue influenciado por teorías esencialmente basadas en los conceptos de represión y conflicto intrapsíquico. Aunque asumen el psicoanálisis freudiano como tronco común, las escuelas emergentes adoptan puntos de vista distintos. La descripción en profundidad de cada una de ellas traspasa el ámbito de este trabajo. Sin embargo,

consideramos pertinente contextualizarlas y referir sucintamente sus aportaciones principales.

### **II.5.1. La Escuela de Chicago**

Fundada por Franz Alexander (1891-1964), psicoanalista húngaro radicado en los Estados Unidos de América y alumno y colaborador de Ferenczi, la medicina psicosomática da sus primeros pasos en la década de 1930. Rescata la idea previamente propuesta por Groddeck de que un determinado contenido psíquico puede provocar un síntoma somático. El tratamiento tendría como objetivo la interpretación y la resolución de los conflictos inconscientes que mantienen la excitación emocional.

La Escuela de Chicago asienta en una aproximación dualista de enfermedad somática, asociando los puntos de vista psicoanalítico y fisiopatológico: la etiología de la enfermedad psicosomática se fundamentaría en las relaciones entre las emociones reprimidas y la cronicidad de las repercusiones fisiológicas. Tiene en cuenta dos asunciones esenciales 1) la teoría de la neurosis de órgano (Ferenczi, 1926), derivada de la concepción freudiana de neurosis actual, y que propone que las emociones reprimidas en el plano psíquico son vehiculizadas por las vías nerviosas autónomas hasta los órganos, lo que lleva a alteraciones funcionales en un primer momento, pero que pueden resultar en enfermedades somáticas; y 2) la especificidad de la perturbación mental, que engendraría la especificidad de la perturbación orgánica funcional y hasta el propio daño lesional: a cada emoción le corresponde un síndrome fisiopatológico específico. Alexander parte de un modelo que propone la relación entre perfiles de la personalidad (Dunbar, 1943) y determinadas enfermedades orgánicas: estas enfermedades, consideradas psicosomáticas, subrayan el papel del conflicto emocional en su relación con los síntomas somáticos.

Surge así la propuesta de que ciertos conflictos psíquicos, activados por determinadas situaciones de vida, provocan disfunciones en el sistema nervioso autónomo, desencadenando alteraciones en los músculos lisos, que producen secreciones glandulares desordenadas (Santos Filho, 1993). Es decir, que los obstáculos a la expresión psíquica o comportamental de las emociones generarían respuestas fisiológicas exacerbadas, responsables de distintas disfunciones somáticas neurovegetativas (Smadja, 2006, en Cupa, 2006): las enfermedades orgánicas se

derivarían de estados crónicos de tensión emocional motivados por procesos mentales inconscientes desprovistos de significado simbólico (Haynal e Pasini, 1983) y semejantes a las neurosis actuales.

La medicina psicosomática presenta un grupo de siete enfermedades – neurosis vegetativas – que se consideran clásicamente psicosomáticas: asma bronquial, hipertensión esencial, úlcera péptica, colitis ulcerosa, tirotoxicosis, artritis reumatoide y neurodermatitis (Volich, 2000). Además de la relación entre conflicto intrapsíquico y enfermedad somática, también hay que considerar la cualidad de la estructura premórbida, específica para determinados cuadros clínicos: *la estructura de la personalidad tornaría una determinada parte del organismo frágil y vulnerable a la agresión externa, lo que prepararía el terreno para las somatizaciones* (Winograd; Teixeira, 2011, p. 178).

A pesar de su indiscutible relevancia, principalmente en cuanto a la abertura de los umbrales para la investigación posterior (en particular en determinadas afecciones como el asma bronquial, la úlcera gastroduodenal o la hipertensión arterial), estos conceptos son criticables desde la perspectiva psicoanalítica, pues se asientan en un modelo de base psicofisiológica cimentado en una visión dualista del ser humano. La existencia de estados de consciencia y procesos orgánicos que se influyen recíprocamente implica los postulados del paralelismo psicofísico. Ante la medicalización de los procesos y de los mecanismos de las enfermedades psicosomáticas que considera, parece buscar en la fisiología del cuerpo las verificaciones de hipótesis psicosomáticas, apelando al determinismo psíquico.

También la *especificidad de las enfermedades de acuerdo con la personalidad, así como la imposición localizacionista del órgano enfermo, conllevan limitaciones evidentes* (Amaral Dias, 2000, p. 112) que justifican la insuficiencia epistemológica de esta perspectiva. De hecho, algunas de las enfermedades investigadas bajo esta línea son fisiológica y psicológicamente heterogéneas (Taylor, 1992): distintas personalidades pueden sufrir la misma enfermedad, así como un mismo sujeto puede manifestar distintas enfermedades en el curso de su vida (Casetto, 2006). La *correlación entre el perfil psicológico y una patología orgánica en particular* (Alexander, 1989, p. 67) expresa una teoría puramente psicogenética con una causalidad implícita: las perturbaciones psíquicas generan perturbaciones somáticas. No obstante el hecho de que Alexander vaya más allá del modelo de los perfiles de la personalidad de Dunbar —

restringido a trazos psicológicos visibles y directamente observables— y se acerque a una discusión psicoanalítica, su modelo presenta agujeros. La importancia del inconsciente, así como las concepciones tópicas, estructurales y dinámicas inherentes a la metapsicología no se tienen en cuenta. Una Psicología que sea psicoanalítica no combina con una lógica determinista cimentada en el dualismo cuerpo-mente.

Aunque no se trate de un concepto psicoanalítico<sup>16</sup>, la introducción del concepto de alexitimia por parte la Escuela de Boston (Sifneos, 1972) tiene una importancia capital en la comprensión del funcionamiento psíquico de los pacientes psicopatológicos. Da cuenta de *la dificultad de expresión de las emociones y la tendencia a canalizar las tensiones a través de la vía corporal* (Volich, 2000, p. 85), consecuentes con la coartación de la fantasía. Este planteamiento inspira una nueva concepción de la psicopatología que permite superar las limitaciones inherentes al modelo de la Escuela de Chicago y pasa a fijarse en la estructura psíquica del paciente (Casetto, 2006).

## **II.5.2. Escuela Argentina**

Los principales autores de la Escuela Psicopatológica Argentina siguen las corrientes de pensamiento que trabajan lo orgánico de una manera parecida a como Freud trabajó la conversión histérica. Rescatan los conceptos de Groddeck y consideran la proximidad entre los trastornos psicopatológicos y la conversión histérica, reforzando el valor del significado simbólico del síntoma. Prosiguen también en la investigación de la relación entre determinadas características psíquicas y el desarrollo de afecciones somáticas.

La noción de conversión generalizada (Valabrega, 1964) se asienta sobre la idea de la existencia de un núcleo conversivo en todos los sujetos, anulando la diferenciación entre síntoma somático e histérico. Es decir, que todo el síntoma orgánico posee una significación, o sea, es el símbolo de una representación psíquica inconsciente: el trabajo psicoanalítico busca desvelar su sentido. Los síntomas orgánicos, exactamente igual que los psíquicos, adquieren gradualmente significaciones que los integran con otras reacciones en el resto de la personalidad (Garma, 1963).

---

<sup>16</sup> El concepto de alexitimia se desarrollará en el cap. V a propósito del Psicoanálisis de los procesos de somatización.



Los afectos se vinculan al cuerpo a través de claves de inervación específicas, por lo cual, en su expresión, comprometen a determinados órganos y su fisiología natural; esta *clave de inervación constituye una figura que permite distinguir los afectos unos de otros* (Fernández, 2002, p. 52): es decir que cada afecto tiene un trazo mnémico inconsciente que determina la cualidad de la descarga somática. Cuando un afecto conserva íntegra la coherencia de su clave, como en las neurosis y psicosis, es posible reconocerlo como una determinada emoción. Sin embargo, en la enfermedad somática se produce una descomposición patosomática del afecto y el proceso de descarga se produce por una clave deformada: *la consciencia ya no interpreta una significación afectiva, sino que percibe una afección somática, cuya cualidad psíquica permanece inconsciente: el concomitante somático es lo verdaderamente psíquico inconsciente* (Chiozza, 2008, p. 20). Chiozza propone llamar a la enfermedad somática *locura del afecto*.

Lieberman (1986) propone que el paciente psicossomático desarrolla un *self cultural sobreadaptado* a expensas de un *self corporal sojuzgado*, perdiendo así *la conexión con los mensajes emanados del interior emocional y corporal* (Ulnik; López Sánchez, 2002, p. 142). El concepto de sobreadaptación es muy importante para la comprensión del funcionamiento psicopatológico de los pacientes psicossomáticos: ante la pobreza de su mundo interno, se produce una intensa investidura en la realidad externa a la cual el sujeto se sojuzga generando dependencia, en detrimento de sus propias necesidades.

A pesar del relieve de sus contribuciones, en particular de la sobreadaptación y la desestructuración de los afectos, las aportaciones generales de la escuela Argentina presentan limitaciones evidentes: confunde síntoma somático e histérico, alejándose de la distinción que Freud, claramente, hubiera planteado. Aunque ambas asuman como expresión la manifestación corporal, histeria y afección somática obedecen a lógicas diferentes: *las conversiones histéricas tienen poco que ver con los síntomas psicossomáticos* (McDougall, 1992, p. 177), y esto tiene repercusiones fundamentales en el trabajo clínico. En el síntoma neurótico, particularmente en la conversión histérica, la afección en el cuerpo es el producto de un trabajo psíquico mediado por el inconsciente, conservando su conexión con la simbolización: es el cuerpo libidinal, portador de un sentido simbólico, el que se pone enfermo. En la somatización el cuerpo está deslibidinizado: es el soma en su realidad orgánica el que padece y suele producir la

lesión del órgano. Esto presupone que los mecanismos que subyacen a la formación de los síntomas sean también distintos: la histeria tiene que ver con la conversión en el cuerpo que expresa las representaciones reprimidas, mientras que en la somatización predomina la supresión de los afectos.

### **II.5.3. Transición a Francia**

La difusión en Europa de los trabajos desarrollados despertó críticas y cuestionamientos relativos a las posiciones teóricas asumidas por las distintas escuelas. La discusión alrededor de los hallazgos americanos fomentó el interés por nuevas líneas de investigación, que abrieron los umbrales a nuevas perspectivas. Surge entonces la propuesta de que las enfermedades orgánicas deberían ser analizadas desde una perspectiva de continuidad evolutiva y funcional, entre cuerpo anatómico y cuerpo erógeno, rescatando los planteamientos freudianos.

La relación entre el funcionamiento psíquico y las manifestaciones corporales, como también la implicación de las afecciones orgánicas en el funcionamiento psíquico, tiene una influencia importante en la repartición de la libido. La evidencia de una continuidad somato-psíquica cimentada en los movimientos de la economía libidinal esboza lo que serían los fundamentos de la teoría propuesta por Pierre Marty y sus colaboradores.

Mediante la investigación y el trabajo clínico con pacientes psicósomáticos, a partir de las aportaciones de las distintas escuelas y de los trabajos de Pierre Marty y sus colaboradores en el Instituto de Psicósomática de París (IPSO), la Psicósomática adquiere una nomenclatura propia, traductora de un funcionamiento psicopatológico particular, que le confiere identidad y contribuye a su reconocimiento en cuanto disciplina psicoanalítica<sup>17</sup>.

#### **II.5.3.1. Las contribuciones de la IPSO hacia la Psicósomática Psicoanalítica**

Las investigaciones en la IPSO provocan una ruptura epistemológica con las concepciones previas, pues se dedica al estudio del funcionamiento psíquico de los

---

<sup>17</sup> Tras la publicación de *Investigación Psicósomática* (Marty, 1962).

procesos de somatización. Los primeros trabajos desarrollados incidieron en las enfermedades cefálgicas, raquiálgicas y alérgicas.

Esta perspectiva, reorienta la práctica clínica con pacientes somáticos a la relación transferencial, y propone una orientación psicoanalítica de las enfermedades somáticas. Parte del presupuesto de que las modificaciones del funcionamiento mental son esenciales en el desencadenamiento de las somatizaciones, desarrollándose un *modelo original y heurístico sobre el valor funcional de las representaciones mentales* (Smadja, 2009). Esto posibilita una nueva lectura de las afecciones somáticas cimentada en la perspectiva económica.

Marty plantea una doctrina evolucionista de la economía psicosomática que reposa en la coexistencia y alternancia entre dos tipos de movimientos individuales en detrimento del dualismo pulsional freudiano: los movimientos individuales de vida, evolutivos, cuyo objetivo es la organización jerárquica de funciones en el sentido de su complejidad y se encuentran bajo el dominio de los instintos de vida, y los movimientos de muerte, responsables de un movimiento contra-evolutivo, de desorganización, que expresaría los instintos de muerte. La organización jerárquica tiene en la cúspide la mentalización, y en la base el soma, donde culmina la desorganización mental. La evolución individual resulta de la posibilidad de establecer puntos de fijación libidinal más o menos resistentes que funcionen como puntos de anclaje en el transcurso de una desorganización.

Una somatización, ya sea por regresión o por desorganización progresiva como consecuencia de una desligadura pulsional, suele ocurrir cuando existen fallos momentáneos o permanentes en los recursos psíquicos, y más propiamente en los procesos de simbolización y mentalización, lo que imposibilita la vivencia y la expresión del conflicto psíquico a niveles conscientes y preconsciente. Estos fallos estarían relacionados con problemas en el curso del desarrollo o situaciones traumáticas, traduciendo una insuficiencia del preconsciente. Se pueden expresar por tres vías: pensamiento, acción / comportamiento (neurosis de comportamiento) y somática. Considerada a partir de una concepción metapsicológica donde destaca la dimensión económica que busca comprender los destinos de la excitación pulsional y sus posibilidades de descarga, la patología somática no conversiva es el producto de la imposibilidad de elaboración de la excitación a través de recursos psíquicos, en función

de un déficit estructural en el plano representativo y emocional del aparato mental (Marty, 1990, en Volich, 2007).

Los pacientes psicósomáticos presentan un modo de funcionamiento psicopatológico particular, distinto del funcionamiento neurótico o psicótico (Volich, 2000), que facilita la eclosión de enfermedades orgánicas. El pensamiento operatorio (Marty, M'Úzan, 1962) se plantea para dar cuenta de las insuficiencias del aparato mental, en particular del déficit representacional. Surge previamente a la depresión esencial y a la desorganización progresiva, expresando una carencia funcional de las actividades fantasmáticas y oníricas que son esenciales en la integración de las tensiones pulsionales. Es un pensamiento consciente, orientado hacia la lógica, la causalidad y la continuidad. Una forma de operar con la realidad que se caracteriza por la ausencia de ligazones entre las representaciones debido a la limitación de las capacidades de simbolización. Ante la incapacidad de establecer una relación entre representaciones, los pacientes se limitan a duplicar y ejemplificar diferentes acciones en un campo temporal limitado. La relación e interacción con los demás se ve afectada: se establece una *relación blanca*, una investidura de nivel arcaico, que se caracteriza por una falta de compromiso afectivo con el otro (Marty, 1992).

A pesar de las notables contribuciones de Marty a la psicósomática, su teoría revela puntos de inconsistencia importantes de acuerdo con los presupuestos psicoanalíticos fundamentales. A lo largo de su obra, Freud defendió el dualismo pulsional, con base esencialmente en tres puntos: la importancia del inconsciente pulsional, el conflicto pulsional y la no completitud. En cuanto defensor de un monismo pulsional, Marty no toma eso en consideración, sosteniendo que el psiquismo y / o toda representación son pre-conscientes, que es lo mismo que equiparar lo psíquico a lo mental, y luego lo mental a lo preconsciente. Esto refuerza la disociación psicósomática, dando la impresión de que en el fondo hay un soma y en el otro extremo está lo mental (Green, 2005 en Maladesky, 2005). Sin embargo, lo psíquico no es lo mismo que lo mental<sup>18</sup>: el afecto, por ejemplo, es psíquico, así como las pulsiones. La posición que asume Marty implica alejarse de la importancia del inconsciente, que no es mental sino también psíquico.

---

<sup>18</sup> Esta distinción la plantean D. Winnicott y A. Green que refieren un pre-psíquico que se puede o no volver psíquico.

Considera también que el abordaje psicoanalítico de las patologías psicosomáticas es la herencia de los estudios de Freud. Retoma y enfatiza la línea de pensamiento de las neurosis actuales para fundar una forma de abordaje teórico y clínico bajo un *enfoque predominantemente económico y causal* (Ulnik, 2000, p. 4). Así, describe las neurosis en función de la mentalización, concepto ligado al preconsciente, que tiene que ver con la cantidad y la calidad de las representaciones psíquicas (Maladesky, 2005) y de acuerdo con referencias cuantitativas, lo que resulta en una clasificación inconsistente y ambigua por su imprecisión: neurosis mentales (neurosis de transferencia en Freud), bien mentalizadas, mal mentalizadas (neurosis de comportamiento y de carácter) o de mentalización incierta.

Por otra parte, si en las neurosis actuales predominan los síntomas funcionales ¿cómo explicar las lesiones que suelen ocurrir en las enfermedades somáticas? Si en las neurosis actuales (neurosis de angustia) el afecto se transforma en angustia ¿cómo se explica su desaparición tras la instalación de una depresión esencial?

Aunque el pensamiento operatorio permita establecer la existencia de una base común de funcionamiento psíquico de los pacientes psicosomáticos otorgándoles un valor nosográfico (Ulnik, 2000), no es exclusivo de ellos. Sin embargo, constituye la base sobre la cual se iban a plantear otros conceptos relevantes: vida operatoria, depresión esencial y desorganización progresiva son conceptos clave en Psicología Psicoanalítica que se desarrollarán a continuación<sup>19</sup>.

## **II. 6. Psicología Psicoanalítica: delimitación del campo**

La transformación de una cualidad corporal en una cualidad psíquica —trabajo de psiquización del cuerpo (Smadja, 2011)<sup>20</sup>— es un proceso gradual y complejo que tiene su inicio en momentos tempranos de la vida, y que posibilita el trayecto del cuerpo anatómico hacia el cuerpo erógeno. Si la figura materna no cumple adecuadamente su función, las experiencias y señales preverbales que el bebé emite no pueden insertarse en un código lingüístico. Al no ser debidamente simbolizadas, el cuerpo suele elegirse

---

<sup>19</sup> Los conceptos desarrollados por la escuela francesa, capitales para la emergencia de la Psicología Psicoanalítica en cuanto disciplina, se desarrollarán en el cap. V, a propósito del Psicoanálisis de las enfermedades psicosomáticas.

<sup>20</sup> El cap. IV se dedicará a este tema.

como vía privilegiada de expresión, engendrando el desarrollo de somatizaciones. En este sentido, no son las enfermedades las que son “psicosomáticas”, sino el sujeto.

En cuanto disciplina responsable de los procesos psíquicos inconscientes, el Psicoanálisis *interviene en el campo de la problemática del cuerpo* (Assoun, 2000, p.174). Como método de acceso al inconsciente, es la vía de acceso a la representación inconsciente del cuerpo. En este sentido, el *Psicoanálisis de los estados somáticos privilegia la búsqueda y el análisis de los procesos de transformación en el seno del funcionamiento psíquico, que participan en la cadena de los acontecimientos que conducen a una afección somática* (Smadja, 2009, p.124) y no al cuerpo físico, real, como objeto de indagación (Petruci, 2001).

Sin embargo, hay que *aclarar que psicosomático no es sinónimo de psíquico y tampoco de psicógeno porque no todo lo psicosomático es de causa psíquica* (Ulnik, 2008, p. 197): la eclosión de enfermedades somáticas no puede atribuirse exclusivamente a determinantes psíquicos, pues también la sintomatología psíquica puede emerger en el transcurso de una enfermedad orgánica. Esto supone considerar los movimientos somáticos y psíquicos que tienen como intermediario el inconsciente (Assoun, 2000).

El trabajo clínico con pacientes psicosomáticos implica una escucha particular, como si los órganos fueran representaciones (Ulnik, 2008): escuchar el cuerpo, lo que de él se inscribe en la palabra o en su defecto. Esta perspectiva se aleja de los planteamientos de Marty y se enriquece con el trabajo de autores de referencia de la actualidad como McDougall, Chiozza, Green y Ulnik, entre otros. Traduce los avances del campo que logran alcanzar una delimitación congruente de psicosomática psicoanalítica: para que sea psicoanalítica, hay que tener en cuenta el inconsciente pulsional y no simplemente ubicar el problema en el preconscious desde una perspectiva estrictamente deficitaria. La Psicosomática Psicoanalítica se puede entonces definir como la disciplina que se dedica al estudio de los factores psicológicos conscientes e inconscientes que intervienen ya sea en la etiología, en el desencadenamiento, en la evolución o en el tratamiento de las enfermedades somáticas (Ulnik, 2008).

## II.7. Conclusión

El Psicoanálisis ofrece aportaciones de relieve para la comprensión psicosomática y plantea sus presupuestos esenciales. En este sentido, proponemos que Freud fue el responsable del advenimiento de una Psicosomática Psicoanalítica.

El inconsciente trasciende el paralelismo psicofísico y la pulsión es la clave de la articulación entre lo somático y lo psíquico, incitando al desarrollo del estudio de los distintos estados del cuerpo en relación con la economía psíquica. Sobrepasado el dominio de las psiconeurosis, en particular de la histeria de conversión en cuanto punto de partida para la investigación de la relación entre el funcionamiento psíquico y la sintomatología corporal, Freud se refiere a las neurosis actuales y a las afecciones orgánicas. Sin embargo, las relega en ese momento a un segundo plano por no depender de factores estrictamente psicológicos y, como tales, no ser indicadas para el tratamiento psicoanalítico. No obstante, más allá de estas limitaciones, despertaron en ese momento el interés de los investigadores y llevaron a poner las enfermedades somáticas en una perspectiva psicoanalítica. El Psicoanálisis desplaza su *centro de gravedad fuera del marco de las neurosis* (Green, 2005, p. 125), abriendo los umbrales a nuevas propuestas de comprensión de los trastornos psicosomáticos, que ampliaron también los límites de la práctica clínica.

A pesar de las distintas posiciones asumidas por las escuelas emergentes, estas presentan denominadores comunes en sus aproximaciones a la comprensión de la relación entre funcionamiento psíquico y enfermedades somáticas: convergen en la importancia de la dimensión económica y en la precariedad fantasmática del funcionamiento psíquico.

Sin embargo, las somatizaciones no son histerias como defiende la escuela Argentina. Tampoco carecen en absoluto de sentido, posición asumida por Marty y sus colaboradores y que implica que el punto de vista dinámico, conflictual, ceda su lugar al punto de vista económico. Además, la ausencia de sentido excluiría la posibilidad de un trabajo psicoanalítico con los pacientes<sup>21</sup>. Las somatizaciones tienen sentido aunque impliquen un nivel distinto de simbolización (Ulnik, 2000).

---

<sup>21</sup> Esta discusión se desarrollará en el Cap. V en el apartado V.3.2: “Del síntoma sentido al sentido del síntoma: ¿el síntoma psicosomático es *tonto*?”

Las aportaciones de P. Marty presentan limitaciones considerables desde el punto de vista psicoanalítico. Se aleja de presupuestos psicoanalíticos esenciales, como el inconsciente pulsional y el dualismo. Restringe la patología psicosomática estrictamente al problema del déficit de mentalización a nivel preconsciente y a la cantidad de excitación. El exceso de excitación puede ocurrir también en otros funcionamientos psicopatológicos y no todos los sujetos traumatizados se ponen enfermos ni tienen un pensamiento operatorio. Tampoco se puede restringir a la configuración de una personalidad psicosomática, pues las enfermedades somáticas suelen ocurrir en todo tipo de pacientes y estructuras psíquicas, incluso en sujetos con alta capacidad simbólica. Así, no se trata tan sólo de una consecuencia de un exceso o déficit que afecta al equilibrio de la economía libidinal, sino de la cuestión de la representación de los afectos: las representaciones saturadas de afecto pueden culminar en alteraciones somáticas (Ulnik, López Sánchez, 2008), como consecuencia de la desestructuración de los afectos (Chiozza, 1986) y su drástica supresión (Green, 1985), lo que perturba la representación y la tramitación simbólica.

Los desarrollos aportados por autores contemporáneos amplían el campo de comprensión del sufrimiento psíquico, acentuando la importancia de la dimensión subjetiva, basándose en una relación no tan alienada del sujeto con su cuerpo, de su enfermedad y de su historia, de los mecanismos psíquicos, de la dimensión relacional del ponerse enfermo y del proceso terapéutico (Volich et col., 2007). La Psicopatología Psicoanalítica se establece entonces como disciplina que se dedica a la relación entre el inconsciente y el funcionamiento normal o patológico del cuerpo.



### Capítulo III. Implicaciones de la pulsión de muerte en psicósomática: fundamentos metapsicológicos

La introducción del narcisismo (1914) impuso la necesidad de plantear un nuevo dualismo pulsional entre pulsiones sexuales de vida y de muerte, lo que produjo profundos cambios que marcaron el giro metapsicológico que conllevaba *Más allá del principio del placer* (1920). La propuesta de la segunda tópica se asienta en una visión psicodinámica del Yo. La concepción de una nueva teoría de la angustia y la reformulación del masoquismo permitieron incluir la destructividad en el cuerpo de la teoría psicoanalítica y su expansión hacia el campo de las patologías no neuróticas. Quedaron incluidos en particular los síntomas somáticos de las neurosis actuales y las enfermedades orgánicas, que Freud había dejado hasta ese momento fuera del marco del tratamiento psicoanalítico y que constituyen en la actualidad los objetos de la psicósomática psicoanalítica.

Considerando la pulsión de muerte no solo con respecto a la destructividad que la representa, sino también acorde con su positividad e importancia para el psiquismo, los fenómenos de intrincación y desintrincación pulsional tienen particular importancia en la comprensión de los efectos de la economía libidinal en psicopatología y en las afecciones orgánicas, así como en la comprensión de las relaciones entre ellas. Haciendo un recorrido por el texto freudiano, se rescatan las aportaciones esenciales con respecto al tema, con enfoque en las implicaciones de la pulsión de muerte.

#### III.1. Introducción

Aunque reconozca al ser humano como una unidad, Freud considera que hay un lado psicológico que cubre *el dominio de sus estudios* y un *lado orgánico que no quiere o no puede estudiar* (Mijolla; Mijolla-Mellor, 2002, p. 563). Las neurosis actuales y las afecciones orgánicas quedan así fuera del marco del tratamiento psicoanalítico, puesto que *el motivo de la perturbación está en el terreno somático y no en lo psíquico* (Freud, 1895). Sin embargo, es indudable su interés por el tema, que está presente desde las publicaciones prepsicoanalíticas y se hace más evidente tras el giro metapsicológico al que condujo el segundo dualismo pulsional.

De hecho, la pulsión de muerte funcionó como una palanca para la revolución metapsicológica y marca el comienzo de una nueva etapa en la investigación que hizo posible la ampliación del enfoque psicoanalítico al campo de las patologías no neuróticas. Dando por conocido el origen y el desarrollo del concepto de pulsión, responsable de articular soma y psique, el objetivo de este capítulo es rescatar los planteamientos freudianos con respecto a las implicaciones de la pulsión de muerte en psicósomática. Tras la distinción en el capítulo anterior de los trastornos psicósomáticos planteados por Freud<sup>22</sup>, el enfoque incide ahora en las aportaciones con respecto a los síntomas somáticos de las neurosis actuales<sup>23</sup> y a las enfermedades somáticas, consideradas en la actualidad como objetos específicos de la psicósomática psicoanalítica (Smadja, 2005).

Los movimientos pendulares entre estados patológicos del cuerpo y estados psicopatológicos dan cuenta de las relaciones paradójicas y *enigmáticas* que se establecen entre ellos. Freud reconoce que la obliteración de un estado neurótico o psicótico en el transcurso de una enfermedad somática tiene que ver con modificaciones en la economía libidinal (Aisenstein; Aisemberg, 2010). Así, abordó las enfermedades orgánicas desde dos perspectivas distintas: desde la economía libidinal, o sea, desde la regresión narcisista que sobreviene cuando una enfermedad somática se instala, y desde el punto de vista de su génesis, es decir, con respecto a la segunda teoría de las pulsiones, en particular con respecto a las repercusiones de la desintrincación pulsional en las funciones somáticas que abre el paso a las enfermedades orgánicas. Estas dos perspectivas se relacionan y dan cuenta de las implicaciones de la pulsión de muerte.

Aunque muchas de esas aportaciones se desarrollarán oportunamente a lo largo de la tesis, se destacan las ideas esenciales que sostienen el tema y dejan huellas importantes para la investigación en psicósomática psicoanalítica.

---

<sup>22</sup> Distingue tres apartados: los síntomas conversivos, los síntomas funcionales y los que pertenecen a las afecciones orgánicas.

<sup>23</sup> Los síntomas somáticos no conversivos se incorporan al Psicoanálisis: *las organizaciones psicósomáticas de hoy son herederas de las neurosis actuales en Freud* (Smadja, 2005, p. 40).

### III.2. Los precursores de la pulsión de muerte: Alfred Adler y Sabina Spielrein

La introducción de la pulsión de muerte parece anclarse también en trabajos previos de otros psicoanalistas.

Alfred Adler se unió al grupo pionero creado por Freud en 1902 y lo abandonó en 1911, *debido a su radical discordancia y rechazo de la etiología sexual de la neurosis* (Zimmerman, 2001, p. 21). Fue el primero en referirse al tema de la agresividad, presentando la hipótesis de una pulsión de agresión y la noción de cruce pulsional<sup>24</sup>.

El tema de la agresión surge tempranamente en el texto freudiano con respecto a la hostilidad de Edipo<sup>25</sup>, o sea, a partir del reconocimiento de que la sexualidad presenta una mezcla de agresión. A pesar de las evidencias del tema de la agresividad patentes en otros pasajes del texto<sup>26</sup>, Freud estableció críticas y rechazó las ideas de Adler con respecto a la existencia de una pulsión de agresión, alegando no poder admitirla a la par y en el mismo plano que las pulsiones ya conocidas: pulsiones de autoconservación o del Yo y pulsiones sexuales. Así, en un intento de salvaguardar la preeminencia de lo sexual, considera la agresividad intrapulsional, acusando a Adler de restar importancia a la libido y de reducirlo todo a la agresividad. Hasta *Más allá del principio del placer, agresividad y muerte no figuran como fuerzas constitutivas dotadas de basamento pulsional* (Green, 2005, p. 125).

Sabina Spielrein (1912)<sup>27</sup> propone la existencia de una potencia destructiva que opera en el sujeto. Aunque se trata también de un planteamiento poco aceptable para la época, anticipa una parte importante de la teoría de la pulsión de muerte: son las fuerzas pulsionales las que ponen en movimiento los contenidos psíquicos. *Con todo, la investigación del Yo y del Superyó estaba aún en sus comienzos y el masoquismo era aún una perversión puramente sexual* (Richebächer, 2010, p. 761). Sin embargo, mientras que Spielrein propone una unidad compuesta por dos componentes, años más

---

<sup>24</sup> *El sadismo en la vida y en la neurosis* (Adler, 1908).

<sup>25</sup> *Tres ensayos sobre teoría sexual* (Freud, 1905).

<sup>26</sup> En el *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (Freud, 1909), por ejemplo, o en los desarrollos con respecto a la resistencia y a la transferencia.

<sup>27</sup> *La destrucción como origen del ser* (Spielrein, 1912), publicación presentada previamente, en 1911, en la Sociedad Psicoanalítica de Viena.

tarde Freud plantea la pulsión de muerte con respecto a un conflicto en el seno de un dualismo pulsional.

### **III.3. El narcisismo: piedra angular de la pulsión de muerte**

*Introducción del narcisismo* (1914a) fue responsable de cambios de suma importancia que hallaron el camino para la revolución metapsicológica de 1920. La articulación con los conceptos de libido y narcisismo marca el momento capital de transformación del concepto de pulsión. Juntos, constituyen *los grandes ejes de la teoría freudiana de la sexualidad* (Roudinesco, 1997, p. 522).

Considerado ahora como una fase del desarrollo libidinal, el narcisismo surge como *tiempo de unificación de la sexualidad pulsional que se había ido instalando en el organismo psicobiológico de modo fragmentario* (Gutiérrez Terrazas, 2002, p. 109). Esto presupone el *establecimiento de lo pulsional* desde el exterior, a partir del *narcisismo parental y no de modo anobjetal e innato, así como en consonancia con una doble modalidad de funcionamiento, la unificada o ligada* (en relación con las pulsiones de vida) y *la anárquica o desligada* (relacionada con las pulsiones de muerte) (Gutiérrez Terrazas, 2002, p. 109). Es decir, que si en el inicio la oposición entre las pulsiones de autoconservación o del Yo y las pulsiones sexuales radicaba en la base de la teoría de la libido, el narcisismo viene a cambiarlo al considerar el Yo como primer objeto de investidura de las pulsiones parciales y, por lo tanto, libidinalmente investido como objeto de amor. *El Yo ya no surge simplemente como agente de la adaptación, controlador e inhibidor de las pulsiones sexuales, sino también como objeto sexualmente investido, producto de antiguas identificaciones* (Gómez Sánchez, 2003, p. 217). Se agrega así un nuevo acto psíquico para que se constituya el narcisismo: la formación del Yo.

Así, la oposición pulsional inicial, cada una de las partes con su energía específica, pierde el sentido: la equivalencia entre autoconservación y el Yo ya no es posible, pues si el conflicto psíquico expresa la tensión entre los deseos sexuales y el Yo, entonces la autoconservación no es uno de sus polos, sino más bien el terreno en que se despliega. El desvelar de la libido yoica implica el reconocimiento de un monismo energético —la libido—, que unifica pulsiones del Yo y pulsiones sexuales y abre la puerta a la revisión del dualismo pulsional.

Lejos de la idea exclusivamente demoníaca de sexualidad propuesta en los *Tres ensayos sobre teoría sexual* (1905), aparece por primera vez la referencia a lo sexual ligado: la libido se halla ligada en parte al Yo y en parte a los objetos. Las pulsiones sexuales pasan entonces a ser consideradas en función de su objeto de elección, distinguiéndose por un lado la libido del Yo o narcisista si el objeto de destino de la libido es el propio Yo, y la libido objetal si el destino es un objeto externo (Corsi, 2002): esto implica la posibilidad de conflicto entre libido de objeto y libido del Yo.

En cuanto depósito de libido, el Yo envía cargas libidinales hacia los objetos, aunque siempre esté listo para recibirlas de vuelta. Acorde con la perspectiva económica, hay una permanente transformación de la libido del Yo en libido de objeto y de la libido de objeto en libido del Yo. Esto remite a una especie de principio de conservación de la energía libidinal que parte de la oposición entre ellas: cuanto mayor es la libido yoica, más pobre es la segunda. El texto da cuenta de importantes hallazgos: el Yo, además de las pulsiones autoconservadoras, es también la sede de la sexualidad, y la propia autoconservación es libidinal, lo que justifica que las dificultades en la economía de ligazón de la libido se manifiesten en el Yo y puedan engendrar una psicopatología grave. El trabajo psíquico consiste justamente en transformar la libido del Yo no ligada y flotante y en equilibrar las inversiones narcisistas y objetales. En caso de que el Yo no invista suficientemente su libido en los objetos, se arriesga a ser inundado por ella, lo que puede llevar a una economía caótica: las *neurosis narcisistas* —psicosis— se caracterizan por una regresión libidinal que lleva a un estancamiento de la libido en el Yo y da como resultado su expansión: megalomanía.

Considerar la autoconservación y la sexualidad corresponde a uno de los *momentos más lúcidos de Freud*, pues corresponde a la *oposición entre instinto y pulsión, o más bien entre función y pulsión, situada la primera del lado de la autoconservación* (Laplanche, 1987, p. 141). La vieja cuestión alma-cuerpo se reemplaza por otra problemática: las relaciones entre autoconservación y sexualidad. La sexualidad emerge por apuntalamiento<sup>28</sup> de la pulsión sobre la función: *es el apoyo que toma el funcionamiento sexual sobre el funcionamiento autoconservador, siendo que uno y otro por igual pueden ser llamados tanto psíquicos como somáticos. Lo sexual no es más psíquico ni la autoconservación más somática: uno y otra son aspectos globales*

---

<sup>28</sup> En la madre y en el cuerpo.

*de un funcionamiento que tiene un sentido* (Laplanche, 1987, p. 145), lo que es esencial en la unidad psicosomática<sup>29</sup>.

Siguiendo las ideas de Ferenczi con respecto a la patoneurosis, Freud (1914a) se dedica a las relaciones entre enfermedad orgánica y distribución libidinal, dando cuenta de que las primeras interfieren con la investidura en el mundo externo. Observa que tras la instalación de una enfermedad somática, los pacientes retiran su interés libidinal de los objetos amorosos y sus catexias objetales retornan al Yo y a los órganos enfermos —condición que define el narcisismo secundario—, y vuelven a invertirlos cuando se recuperan.

En Conferencia XXVI: Teoría de la libido y narcisismo, se retoma el tema: *la enfermedad orgánica, la estimulación dolorosa o la inflamación de un órgano crean la condición que resulta nítidamente en un desligamiento de la libido de sus objetos, que retorna al Yo como catexia aumentada de la parte enferma del cuerpo* (Freud, 1917, p. 420).

En la melancolía, las catexias objetales son reemplazadas por identificaciones narcisistas<sup>30</sup> que anulan las investiduras objetales en beneficio de una investidura exclusiva en el Yo: el Yo se identifica con el objeto ausente. Sin embargo, aparecen a menudo síntomas somáticos que sugieren una enfermedad somática<sup>31</sup> y que pueden incluso interrumpir las manifestaciones psíquicas de la melancolía: *las perturbaciones de la distribución libidinal, como las de una melancolía, son temporalmente canceladas por una enfermedad orgánica intercurrente, e incluso una condición desarrollada de demencia precoz puede remitir temporalmente bajo esas mismas condiciones* (Freud, 1920, p. 44). Si la melancolía es un puro cultivo de la pulsión de muerte, ésta, funcionando de modo no ligado, puede seguir su trabajo autodestructivo y completar la trayectoria hasta el soma.

Freud plantea también las bases para la relación<sup>32</sup> que se establece entre psicosis y somatizaciones. La trayectoria de los enfermos somáticos sigue el camino inverso del

---

<sup>29</sup> Tema que será desarrollado en particular en el cap. IV.

<sup>30</sup> La identificación narcisista establece la distinción entre duelo normal y patológico.

<sup>31</sup> En *Duelo y melancolía* (1917[1915]), Freud articula los conceptos de narcisismo, relación de objeto, identificación y ambivalencia, considerando la relación entre el Yo, la libido y el objeto.

<sup>32</sup> Esta relación, así como la distinción entre psicosis y somatización, se discutirá en el cap. VI.

desarrollo individual: el narcisismo secundario hace que a estos pacientes, así como a los psicóticos, se les considere inaccesibles o difíciles de abordar a nivel psicoterapéutico. De hecho, es la imposibilidad de retorno al objeto lo que define la condición patogénica, pues el sujeto no tolera *una acumulación de libido narcisista más allá de un cierto nivel* (Freud, 1917, p. 422). Aunque en ambas predomine una problemática narcisista, desde la perspectiva del desarrollo, la irrupción de los distintos síntomas está determinada por los puntos de fijación libidinal.

#### **III.4. Pulsión de muerte en la Obra**

El dualismo entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte comienza a gestarse en 1914, cuando aparece secuenciada la constitución de lo pulsional a través de un triple momento fundador de lo intrapsíquico: un primer momento autoerótico, un segundo momento narcisista y un tercer momento de amor objetal. La propuesta del segundo dualismo pulsional no excluye al primero, sino que lo engloba con alteraciones: las pulsiones autoconservadoras o del Yo y las pulsiones sexuales se incluyen en las pulsiones sexuales de vida, por lo que el conflicto pulsional pasa a definirse entre las pulsiones sexuales de vida y de muerte.

##### **III.4.1. Esbozos previos a 1920: *Pegan a un niño* y *Lo ominoso***

Reconociendo desde el comienzo el relieve metapsicológico del concepto de pulsión de muerte y el impacto que tendría en la comunidad científica, Freud comienza a sembrar las semillas para su presentación. De hecho, hasta sus últimos textos (Freud, 1937, p.252) admite que *la teoría dualista, según la cual una pulsión de muerte o de destrucción o agresión reivindica los mismos derechos como socio de Eros tal como este se manifiesta en la libido, halló pocas simpatías*.

*Lo ominoso* (1919) y *Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales* (1919a) pueden considerarse textos preparatorios para las profundas alteraciones del edificio metapsicológico. Escritos en el mismo periodo que *Más allá del principio del placer* (1920), estos textos anuncian el destronamiento del principio del placer.

En *Pegan a un niño* (1919), la fantasía de ser pegado despierta el interés por la génesis de la perversión y del masoquismo<sup>33</sup>, presentado aún de modo indiferenciado como resultante de la reversión del impulso sádico. Sin embargo, mientras que es la fantasía de flagelación la que lleva a la hipótesis de un masoquismo erógeno primario expuesta años más tarde<sup>34</sup> tras la introducción de la pulsión de muerte, en *Lo ominoso* (1919) Freud introduce las líneas de desarrollo que confluyen en el supuesto de una compulsión de repetición<sup>35</sup> (Pereira, 2001). Característica de la pulsión de muerte, deriva de la naturaleza más íntima de las pulsiones y traspasa el principio del placer, considerado hasta entonces como responsable del gobierno de la vida psíquica.

La repetición, que por su *carácter demoníaco* se vive como siniestra, se constituye como la tendencia a un retorno involuntario que despierta sensaciones de desamparo y de extrañeza. Estos elementos son esenciales en cuanto sustrato de la reflexión sobre la pulsión de muerte, que se desarrollará a continuación.

#### **III.4.2. Encuadre histórico-cultural – Freud, 1920: el hombre y el psicoanalista.**

*Más allá del principio del placer*, escrito entre marzo y mayo de 1919, y publicado en el otoño de 1920 (Gay, 1988) es un texto capital, quizás el más fascinante y al mismo tiempo desconcertante (Laplanche, 1984), que constituye uno de los momentos clave del pensamiento freudiano. Difícil e impregnado de consideraciones biológicas, el texto introduce un cambio fundamental en la teoría pulsional. El nuevo dualismo pulsional entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte<sup>36</sup> viene a ampliar de modo considerable la perspectiva económica al introducir un régimen de fuerzas que están más allá del principio de placer.

Freud había detectado un dolor en el paladar en 1917, pero es evidente que evita su propia enfermedad, solamente asumida en 1923. En su correspondencia con Ferenczi,

---

<sup>33</sup> Temas introducidos previamente en *Tres ensayos sobre teoría sexual* (1905).

<sup>34</sup> *El problema económico del masoquismo* (1924).

<sup>35</sup> La compulsión a la repetición surge por primera vez en *Recuerdo, repetición y elaboración* (Freud, 1914) al desarrollar el tema de la transferencia como forma de recuerdo, o sea, la repetición de experiencias que fueron reprimidas y no pueden ser recordadas —neurosis de transferencia—. Repitiendo se vive de nuevo sin que el sujeto sepa que lo hace, reproduciéndolo no como recuerdo, sino como acto.

<sup>36</sup> Pulsiones de vida: *lebenstrieb*, pulsiones de muerte: *todestrieb*.



es obvio el intento de alejarse de su cuerpo enfermo, refiriéndose a él como *Konrad*: ya previamente se denota este intento, expresado en la tendencia a despreocuparse de sus problemas cardiacos, considerados como una expresión somática de sus episodios depresivos (Gay, 1988). Aunque Ferenczi hubiera manifestado su disponibilidad para analizar a Freud ya en una fase avanzada de su enfermedad oncológica y de su vida, este insistía en bastarse con instancias termales para su tratamiento.

El contexto histórico-cultural es también significativo. Tras la devastación de Austria al final de la Primera Guerra Mundial en la cual combatieron sus hijos, la observación de las pesadillas repetitivas en los pacientes, la muerte de su paciente y amigo Antón von Freund, la muerte de su hija Sophie a los 26 años y de un nieto, Freud se dedica al tema de la muerte (Schur, 1981; Gay, 1998) basándose en los escritos de A. Schopenhauer (1788-1860), para quien la muerte es el genuino resultado y, en esa medida, el fin de la vida.

Hasta la revisión de 1919, el principio del placer está en el centro de la teoría freudiana y a partir de él se deduce el pilar central del funcionamiento psíquico, que es la represión. Sin embargo, las neurosis traumáticas de los soldados que habían regresado de la guerra, aunque semejantes a la histeria, se diferenciaban por un rasgo esencial: una gran angustia psíquica, cuya característica principal era reconducir constantemente el sujeto hacia el momento traumático.

Asumiendo que la energía pulsional libre se ubica en el inconsciente y presiona hacia la descarga, la compulsión a la repetición es un fenómeno elemental en el funcionamiento psíquico. Fundamentándose en sus observaciones clínicas, Freud intentó comprender los fenómenos psíquicos responsables de la tendencia a repetir experiencias traumáticas de naturaleza no placentera en los sueños y en la repetición de experiencias dolorosas, que contrarían y destronan la égida del principio del placer. Había pues que repensarlo.

#### **III.4.3. Más allá del principio del placer: el nuevo dualismo pulsional**

La pulsión de muerte surge a partir de la compulsión a la repetición. La relación entre ambas se halla en su propia definición: *un impulso, innato en el organismo viviente, que tiende a restablecer un estado precedente* (Mancia, 1996, p. 32).

La repetición<sup>37</sup> es un proceso inconsciente, una tendencia universal no solamente de la vida orgánica, sino más bien, (...) de la vida psíquica y de la vida pulsional (Green, 1986, p. 68). Freud reconoce la inexorabilidad de la repetición de los caminos que llevan al sufrimiento: la permanencia del conflicto resiste a las transformaciones del aparato psíquico y resulta en una *repetición demoníaca*. Esta da cuenta de fuerzas motivacionales que llevan a menudo a la frustración, y que pueden destruir otras actividades psíquicas. El sujeto reproduce actos, ideas, pensamientos o sueños que en su origen generaron sufrimiento y que conservan ese carácter doloroso. Es decir, que lo que se repite es lo indeseable, aquello que no se puede ligar ni domeñar y que se presenta vigorosamente en *Más allá del principio del placer* (Laplanche, 1984), texto que se considera que introduce la pulsión de muerte en la Obra de Freud (Gutiérrez Terrazas, 2002).

El extravío freudiano es el biologismo: recurre a menudo a especulaciones biológicas para dar cuenta de la fuerza del determinismo inconsciente —lo que es inverificable— y que constituye una contradicción con su propia concepción de pulsión. La pulsión de muerte despierta de nuevo la confusión en el pensamiento psicoanalítico al favorecer la idea de una dinámica psíquica de tipo biológico e innato, que considera el conflicto psíquico —insuperable por definición— como un conflicto de orden instintivo (Gutiérrez Terrazas, 2002). La confusión entre instinto y pulsión se retoma en el momento en que Freud define la pulsión de muerte como la tendencia a reconducir el ser vivo a un estado inorgánico, o sea, en un plan aparentemente biológico. De hecho, y no obstante sus intentos previos de alejarse de ese soporte, justifica la *obligatoriedad del Psicoanálisis de buscar en la Biología la base para la teoría de las pulsiones, no obstante su esfuerzo para volverse lo más independiente posible de las otras ciencias* (Freud, 1923[1922], p. 274).

Sin embargo, la propuesta de una fuerza biológica que lleva a la extinción de la vida no permite lidiar con los fenómenos clínicos observados. La razón por la cual esa repetición no puede ser remitida a la Biología es porque funciona al revés que la adaptación<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> En el cap. V se desarrollan los distintos modos de compulsión a la repetición: más acá y más allá del principio del placer.

<sup>38</sup> La repetición biológica es adaptativa como por ej. en la embriología, en las migraciones de los peces para desovar o en la hibernación.

Si hasta ese momento la esencia de la pulsión era la tendencia a la descarga de la excitación acumulada en el organismo, Freud plantea ahora que la pulsión no tiende a la descarga, sino que es conservadora y tiende al retorno a un estado anterior.

La *compulsión de repetición* es el trazo más arcaico de la naturaleza de lo pulsional, anterior al principio del placer. La *imposibilidad de huida a un movimiento regresivo lleva a la tendencia a un retorno al origen*, a un estado anterior a la vida (Roudinesco, 1997, p. 648). Eterno retorno donde acto y destino se reúnen en el instante de una repetición sin fin que sustituye el impulso a recordar: en lugar de recordar, se actúa. Sin embargo, Freud reconoce también que *son las actividades repetitivas las que constituyen la fundación de la vida psíquica, del pensamiento, de la memoria* (Potamianou, 1990, p. 274).

La idea presente ahora en este texto, ya había sido presentada en *Proyecto de una psicología para neurólogos* (Freud, 1895) en la descripción del principio de inercia neuronal: el aparato neuronal, prefiguración del aparato psíquico, tiende, según ese principio, a mantenerse al cuidado de las estimulaciones. Así, una neurona tiende a deshacerse inmediatamente de la cantidad de excitación que recibe, evitando su acumulación. Identificado como una teoría de inercia neuronal, el principio de constancia tiende a reducir al mínimo las excitaciones o, por lo menos, a mantener su nivel lo más constante posible.

Freud encuentra fenómenos normales y patológicos que contradicen el principio del placer: de hecho, un síntoma, por ejemplo, difícilmente se puede considerar que satisfaga el principio del placer. La fijación en el traumatismo y en la compulsión a la repetición contradice lo que Freud había propuesto previamente, porque trae al presente vivencias pasadas desprovistas de placer y que tampoco han sido satisfacciones. Esto parece ser una paradoja con respecto al predominio del principio del placer en la vida psíquica y con respecto a los sueños como cumplimiento del deseo que proviene de una fuerza pulsional: la pulsión de muerte.

La pulsión de muerte presupone energía libre y desligada, lo que hace pensar en una función anterior al principio del placer, más allá de él. Solo sobre esa base podrá actuar el principio del placer, que entonces tiende a confundirse con el principio de constancia, siendo este, sin embargo, característico del proceso secundario y estando gobernado por el principio de la realidad.

Aceptar la agresividad y la destructividad del sujeto exige repensar los dos principios de funcionamiento mental vigentes hasta ese momento. Uno de los puntos cruciales para la comprensión del giro metapsicológico de 1920 es la reformulación de la noción de proceso primario<sup>39</sup>, hasta este momento correlativo del principio del placer<sup>40</sup>. Freud propone ahora que es necesario que el proceso primario sea inhibido y transformado en proceso secundario para que el principio del placer se pueda vigorizar: los procesos primarios serán considerados, a partir de ahora, más allá del principio del placer (Rudge, 2006).

Placer y displacer estaban al comienzo determinados por la cantidad de excitación presente en la mente: el displacer, vinculado a un exceso de excitación que no pudo descargarse ni reprimirse, y el placer, a su descarga. Es decir, en última instancia, el mayor placer habría de obtenerse con la evacuación completa de la energía característica del proceso primario. Pero esa evacuación, que intenta aproximarse a cero, coincidiría con la extinción de la vida y, por lo tanto, sería incompatible con ella (Scarfone, 2005). De hecho, la descarga absoluta de energía es una finalidad imposible de alcanzar bajo el imperio del principio del placer, puesto que tendría que ver con la pulsión de muerte.

Las pulsiones de vida suponen un nivel elevado de tensión, lo que implica que hay tensiones placenteras y que no todo el aumento de excitación es displacentero. Constatando que no se puede considerar el displacer en función del aumento de excitación, ni tampoco el placer en función de su disminución, Freud cambia su criterio. Placer y displacer no dependen solo de la dimensión cuantitativa, sino también de una dimensión cualitativa acorde con el *ritmo de las variaciones tensionales, es decir, su característica temporal* (Nasio, 1996, p. 224), y varían también según el momento de desarrollo del sujeto.

Así, si al comienzo Freud refería el principio del placer al principio de constancia al considerar que el aparato psíquico tendería a mantener la cantidad de excitación a un nivel lo más constante posible —ya fuera por descarga de energía o por evitar su incremento—, ahora no se puede considerar una perfecta equivalencia entre ellos, sin que, por otra parte, quepa tampoco equiparar el principio del placer con el

---

<sup>39</sup> *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1911).

<sup>40</sup> El principio del placer tiende a la evacuación de energía y sería característico del proceso primario.

principio del nirvana. Define la tendencia —y no el dominio, como hasta entonces— que tiene el aparato mental para buscar el placer a través del equilibrio energético (Corsi, 2002).

Los principios de constancia y de Nirvana dan cuenta de una tendencia dominante de la vida anímica a mantener la cantidad de excitación constante y rebajarla a un nivel lo más bajo posible, con tendencia a suprimirla y reducirla a cero. Buscan eliminar lo que aumenta la tensión energética y reducir la tensión debida a la no-ligazón al mínimo —principio de Nirvana— o al menos protegerla contra el menor cambio —principio de constancia—. De hecho, es el carácter regresivo de las pulsiones y su intento de reproducir algo anterior, lo que vincula la pulsión de muerte y el principio de nirvana.

Los hechos clínicos observados se rigen por la compulsión a la repetición y dan cuenta de un más allá del principio del placer. En este más allá, impera el principio de Nirvana que tiende a la reducción completa de las tensiones, al cero absoluto<sup>41</sup>.

El principio de Nirvana rige el funcionamiento de la pulsión de muerte. Busca un estado de calma absoluta y perfecta quietud tras la extinción del deseo, fuente de infelicidad, y la fusión en la totalidad al desaparecer la ilusión fenoménica de la individualidad (Pereira, 2001). Su meta no es alcanzar el placer sino recuperar un apaciguamiento. No se satisface a través de un objeto o acto, sino de un estado en que ninguna perturbación interviene, donde no hay disturbios.

Después de constatar que los dos principios —Nirvana y Placer — no pueden considerarse lo mismo, Freud apunta que el segundo resulta de una modificación del primero. Retoma el principio de constancia como fundamento económico del principio del placer y reitera la hipótesis del principio de Nirvana como expresión de la tendencia de la pulsión de muerte (Green, 1983).

---

<sup>41</sup> El término nirvana, tomado del budismo y difundido en el occidente por Schopenhauer, se toma de Barbara Low. Se trata de una forma extrema del principio de constancia descubierto en 1895 por Freud y Breuer, inspirado en la homeostasis del medio interno y en los planteamientos de Claude Bernard: Freud lo retoma en 1923 cuando se refiere al concepto de compulsión a la repetición que provoca fundamentalmente los efectos recurrentes de los traumatismos psíquicos (Anzieu, 1995).

### III.4.4. El nuevo dualismo pulsional

Freud, cauteloso, propone la teoría de la pulsión de muerte como *puramente especulativa*. Tomando una vez más la Biología como sostén, considera las pulsiones como seres grandiosos, casi míticos. La pulsión, fuerza asociada a la autoconservación, a la vida, a la sexualidad, se asocia ahora también a la muerte (Pontalis, 1999).

La pulsión de muerte emerge esencialmente a partir de dos imperativos diferentes: los imperativos clínicos o fenomenológicos que explicarían algunos hallazgos relacionados con la agresividad a partir de la idea de que estarían más allá del principio del placer, lo que la teoría precedente no logró elucidar —en particular la compulsión a la repetición, la autodestructividad y el masoquismo—. Y un imperativo metapsicológico ante el *impasse* teórico y la insuficiencia del dualismo pulsional vigente, que exige ahora una nueva teoría: si el narcisismo unifica pulsiones sexuales y del Yo —pulsiones de vida—, hay que encontrarles un opuesto (Abadi, 2002) que reafirme la concepción pulsional dualista, sostén del conflicto psíquico. *Si frente a la pulsión de muerte activa en cada organismo individual, las pulsiones sexuales se presentan como continuadoras de la vida, es forzoso ubicar del mismo lado las pulsiones de autoconservación (recuperadas libidinalmente bajo la forma de narcisismo). Freud las pondrá entonces bajo la égida de Eros, que hará equivaler a las pulsiones de vida, par necesario de las pulsiones de muerte* (Scarfone, 2005, p. 80).

A partir de 1920, Freud confiere a las pulsiones destructivas la misma importancia que hasta entonces había atribuido a las pulsiones sexuales. Se instala así una nueva concepción pulsional entre pulsiones sexuales de vida y de muerte —Eros y Tanatos—, dos fuerzas de sentido contrario que reflejan los movimientos esenciales de ligadura y desligadura y que actúan en el interior del psiquismo bajo un monismo energético: la libido. El predominio de las pulsiones de vida o de muerte en la mezcla pulsional es determinante en el funcionamiento psíquico. Así, es *solo por la acción concurrente o mutuamente opuesta* de las dos clases de pulsiones —y jamás por una u otra aisladas— *que se puede explicar la rica multiplicidad de los fenómenos de vida* (Freud, 1937, p. 259)<sup>42</sup>.

Al oponer pulsiones de vida y de muerte, Freud *no estaba planteando dos tipos de energías pulsionales, sino que se refería a dos aspectos de la propia pulsión sexual o*

---

<sup>42</sup> *Análisis terminable e interminable* (1937).

*a dos modos de funcionamiento de la misma* (Gutiérrez Terrazas, 2002, p. 108). Significa esto que la comparación y distinción entre pulsiones de vida y de muerte solo se concibe sobre la base de una energía libidinal común y que ambas están reguladas por principios económicos que buscan el alivio de la tensión (García-Castrillón, 2009). Por eso, no se puede establecer una oposición simétrica entre ellas. Sin embargo, las pulsiones de vida y de muerte se pueden oponer desde el punto de vista del *funcionamiento energético, de su meta, de su relación con el Yo y con su objeto-fuente* (Laplanche, 1986, p. 31).

Las pulsiones de vida engloban todas las formas de libido, la del Yo (dirigida a la autoconservación) y la del objeto (dirigida a la conservación de la especie) (Mijolla, 2002) y funcionan según el principio de la energía ligada —principio de constancia—. Son conformes al Yo y su meta es la conservación o constitución de enlaces, o sea, la ligazón. La libido puede volver inocua la pulsión de muerte. Su función es neutralizar la pulsión de muerte a través de la intrincación, liberando al sujeto de su propia destrucción: más visibles y accesibles al conocimiento que las pulsiones de muerte, las pulsiones de vida luchan contra su tendencia a deshacer conexiones. No buscan una unión ya perdida a no ser por el efecto de la pulsión de muerte que se incorpora silenciosamente a su acción. Buscan intensificar la vida incrementando la tensión energética y el objetivo principal de su intención psíquica es el placer. Representantes de la cohesión, integración y organización, contrarían la regla de retorno a un estado anterior, preservando la vida o promoviendo el establecimiento de conexiones psíquicas cada vez más amplias y complejas.

Las pulsiones de muerte —Tanatos<sup>43</sup>— funcionan acorde al principio de energía libre —principio de Nirvana—. Su meta es la descarga pulsional total, reduciendo al mínimo la tensión psíquica o eliminándola, es decir, su objetivo es el retorno al estado inorgánico. Son, por eso, hostiles al Yo. Cuando se mezclan con Eros, se hacen representar mediante agresividad y destrucción que se dirige al mundo exterior: el sadismo es su representante. Apartadas del enlace con Eros, su trabajo silencioso se vuelca hacia el propio sujeto, de modo autodestructivo.

---

<sup>43</sup> Término griego para muerte. E. Jones informa de que aunque Freud no haga referencia a este término en sus textos, lo utilizaba a menudo en la conversación para referirse a la pulsión de muerte, por simetría a Eros (Gay, 1988).

En cada fragmento de sustancia viva, si bien en proporción distinta, actúan las dos clases de pulsiones. Ambas conservadoras, tienden a la reconstitución de un estado perturbado por la génesis de la vida, que sería la causa tanto de la continuación de la vida como de la tendencia a la muerte. La *tensión surgida en la sustancia en vías de vitalización está bajo la amenaza de un retorno que procura volver a nivelarla, esto es, anular esa tensión, neutralizarla, para restaurar el estado anterior inanimado, de no-vida, o sea, de no-tensión* (Green, 2010, p. 37). En este sentido, la pulsión originaria es la pulsión de muerte.

### **III.4.5. Los destinos y los derivados de la pulsión de muerte**

A lo largo del desarrollo de sus planteamientos con respecto a la pulsión de muerte, Freud procede a la distinción de sus derivados. Pero ¿cómo se hacen representar? ¿De qué dependen esos derivados?

Los destinos de la pulsión de muerte engloban las siguientes posibilidades (Freud, 1923): se hacen reconocibles a través de la intrincación con los componentes eróticos que neutralizan sus efectos y que permiten también su desvío hacia el mundo externo o, en caso de que no sea posible, permanecen no ligados y flotantes, continuando su actividad interna sin obstáculos (Fleming, 2003), lo que remite a la autodestructividad. El enlace con Eros permite que la pulsión de muerte se haga representar bajo la forma de pulsión destructiva, de agresión o de dominio.

Pulsión de destrucción es la referencia que se hace a la pulsión de muerte en 1920, y la destructividad, en cuanto objetivo y manifestación propia de la pulsión de muerte, la representa en su finalidad: desligar y separar. Al principio, Freud hace referencia indiscriminadamente a la pulsión de muerte como pulsiones agresivas o destructivas: ambas se dirigen hacia fuera, por lo que queda por explicar la destructividad que se mantiene internamente y la autodestructividad. Sin embargo, y a pesar de la indiferenciación y sobreposición de los conceptos, es evidente que no siempre aluden a lo mismo.

Aunque Freud siempre haya considerado que las tendencias agresivas de toda índole representan una parte considerable de las pulsiones del sujeto, la agresividad sufrió transformaciones considerables en el curso de sus investigaciones. En el inicio,



consideraba solamente el carácter reactivo de las manifestaciones agresivas como respuesta a las frustraciones, y su objetivo era superarlas. Esas reacciones estaban íntimamente vinculadas a las pulsiones sexuales, en particular las que predominaban en los niveles pregenitales de la organización libidinal. No obstante, reconoció que la agresión puede surgir en un terreno completamente apartado de la sexualidad: en este caso, la finalidad sería destruir el objeto.

Sin embargo, la agresividad no es necesariamente destructiva, mientras que la destructividad tiene por finalidad el daño, la aniquilación o la muerte del objeto, aunque se presente en una mezcla pulsional con Eros. Es decir, que aunque considere la agresividad como necesaria y vital cuando se emplea para la autoconservación, agresividad y destructividad suelen sobreponerse en caso de que la agresión no esté *suficientemente neutralizada por las pulsiones de vida*.

A partir de 1923, con la propuesta de la segunda tópica, Freud alude a la pulsión de muerte para referirse a la destructividad interna y a la pulsión de agresión o destrucción cuando va combinada con Eros y se vuelca hacia el exterior (Cupa, 2006): *surge entonces la idea de que la pulsión de muerte, o parte de ella, se dirige al mundo externo y se manifiesta como pulsión de agresión, destrucción y dominio* (Pereira, 2009, p. 66). Es decir, que los distintos derivados de la pulsión de muerte dependen de la proporción de la mezcla con las pulsiones de vida, así como del momento de desarrollo del sujeto<sup>44</sup> en que esa intrincación ocurre.

No obstante, hay momentos en que *Freud incluye la autodestrucción en la pulsión destructiva* (Laplanche, 1980, p. 340). Pero la pulsión de muerte que permanece en el interior puede mezclarse con las pulsiones eróticas, como en el masoquismo o, con un incremento de Eros, volcarse hacia el exterior bajo la forma de agresividad —pulsión de agresión—. Sin embargo, queda siempre un resto no ligado, flotante, que permanece internamente y que tiende a la repetición: es este resto el que puede volverse autodestructivo. *Extraña pulsión esta, que se dirige hacia la destrucción de su propia residencia orgánica esencial* (Freud, 1933 [1932], p. 108).

---

<sup>44</sup> Desarrollo psicosexual, desarrollo del Yo, puntos de fijación que determinan las regresiones, distintos modos de satisfacción y relaciones objetales.

La pulsión de dominio se dirige al exterior y su finalidad es dominar el objeto para lograr apoderarse de él. Invocada por primera vez en los *Tres ensayos sobre teoría sexual* (1905) a propósito del origen de la crueldad infantil, se hace referencia a ella como una pulsión que no tendría por objetivo el sufrimiento ajeno, sino que simplemente no lo consideraría. Se vuelve a hacer referencia a la pulsión de dominio en *La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis* (Freud, 1913), a propósito de la relación actividad-pasividad predominante en la fase anal-sádica: mientras que la pasividad se sostiene por el erotismo anal, la actividad tiene que ver con la pulsión de dominación —sadismo cuando está al servicio de la pulsión sexual.

Pulsión de muerte es el nombre de un paradigma relacionado con el funcionamiento psíquico, que da cuenta de la variedad de posibilidades psíquicas, algunas destructivas y otras no-destructivas. Su objetivo es eliminar lo que se vivencia como perturbador como modo de alcanzar el estado de paz.

Su finalidad no es la muerte del organismo, sino la muerte de este organismo que, en el ser humano, representa los intereses del organismo biológico, es decir, el Yo (Laplanche, 1984). De hecho, la meta de toda vida es la muerte, pero cuando se habla de lo inorgánico, no hay que limitarse a entenderlo como mera metáfora fisiológica: se refiere a una naturaleza que supone para el hombre un exceso mortal, que tiene ese carácter de inanimado porque no hay vida para el hombre si no hay sujeto viviente. La intencionalidad es buscar un sentido anterior a la vida y esa pretensión de anterioridad liga tal intencionalidad a la pulsión de muerte. *Acerca de las categorías de vida y de muerte, si se quieren aplicar fuera de la autoconservación categorías que están precisamente extraídas de esta, la vida y la muerte del sujeto biológico, es evidente que hace falta imprimir en estas categorías una profunda metabolización: vida y muerte en psicoanálisis no son la vida y la muerte del sujeto biológico* (Laplanche, 1987, p. 146).

La vida tiene condición traumática y lo inanimado, la muerte, es la vuelta a lo no traumático. *En ese movimiento regresivo lo pulsional está dotado de la memoria de un tiempo y de un estado de la materia que solo podía ser sin memoria: lo no-vivo, lo inorgánico* (Scarfone, 2005, p. 78). Muerte y destrucción son medios extremos de poner fin a la desorganización resultante de la libido no-ligada, como ocurre en los estados regresivos y en una psicopatología grave.

La noción de pulsión tal como Freud la propone, reunifica soma y psique. La línea de escisión pasa por el interior del dualismo pulsional: no se puede considerar el hecho psicosomático sino como un producto de la construcción o de la deconstrucción del juego pulsional. Con esto Freud enseña que vida y muerte “habitan” dentro de cada uno: describe la lucha entre *la vida frágil y la naturaleza inorgánica, la descripción del indestructible deseo de paz que habita en el espíritu del hombre* (Rechardt, Ikonen, 1986, p. 80).

### **III.5. Más allá de *Más allá del principio del placer*: el giro metapsicológico**

La introducción de la pulsión de muerte permitió incorporar la destructividad en la metapsicología. Esto conllevó importantes revisiones y cambios, en particular la presentación de la segunda tópica (1923), la revisión del masoquismo (1924) y la formulación de una nueva teoría de la angustia (1926).

Introduciendo el tema de las relaciones entre las dos clases de pulsiones, Freud (1921)<sup>45</sup> propone que la identificación es la forma más precoz de lazo emocional y que solamente el amor puede superar el narcisismo individual y el odio. Retoma el tema en *El porqué de la guerra* (Freud, 1933 [1932]) subrayando la idea de que la fuerza coercitiva de la violencia fomenta los vínculos emocionales —las identificaciones— que mantienen la comunidad. *Reconciliar a los individuos con las renunciaciones inevitables a fin de paliar la dureza de vivir, ya que el hombre, siempre frágil y gravemente amenazado, demanda consuelo, pide que el mundo y la vida queden libres de espanto* (Gómez Sánchez, 2002, p. 301).

Esto remite a la importancia de la cualidad del objeto: al comienzo de la vida, la libido cumple las necesidades narcisistas y se vincula a los objetos que garantizan su satisfacción: es decir, que la madre, que satisface el hambre, es el primer objeto de amor y protección, no solo protección con respecto a los peligros que parten del mundo externo, sino también protección contra la ansiedad (Freud, 1927).

La intrincación pulsional traduce la posibilidad de un trabajo en común, aunque las pulsiones puedan separarse y permanecer independientes<sup>46</sup> (Freud, 1923[1922]). Se

---

<sup>45</sup> *Psicología de las masas y análisis del Yo* (Freud, 1921).

<sup>46</sup> *Dos artículos de enciclopedia: Psicoanálisis y Teoría de la libido* (Freud, 1923[1922]).

hace referencia por primera vez a la desintrincación pulsional<sup>47</sup> para dar cuenta de que las pulsiones agresivas rompen todos los lazos que en alguna proporción se vinculaban a la sexualidad y a las pulsiones de vida en general. La ambivalencia se presenta como un fenómeno esencial para mantener la cohesión: es decir, que no solo el amor, sino también el odio, aseguran la unidad, lo que remite a la importancia de la intrincación entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte y al papel que estas últimas juegan en la supervivencia psíquica.

La existencia de *procesos concomitantes de construcción y disolución dan cuenta de que las pulsiones pueden actuar en estado de intrincación o desintrincación, de acuerdo con la cantidad y cualidad de su mezcla* (Zimmerman, 2001, p. 163): *las pulsiones eróticas y las pulsiones de muerte están presentes en los seres vivos como mezclas o fusiones regulares, pero también se suelen producir desfusiones. La vida consistiría en las manifestaciones del conflicto o en la interacción entre las dos clases de pulsiones; la muerte significaría para el sujeto la victoria de las pulsiones destructivas, mientras que la reproducción representaría la victoria de Eros* (Freud, 1923[1922], p. 274). Para Freud, la desintrincación pulsional duradera, sin posibilidad de una nueva intrincación, puede llevar a alteraciones de las funciones somáticas que abren el paso a las enfermedades orgánicas (Caparrós, 2008).

Estos hallazgos se consolidarán en *Nuevas conferencias de introducción al Psicoanálisis* [1933(1932)]: Conferencia XXXII *Angustia y vida pulsional*, momento en que no caben dudas con respecto al nuevo dualismo pulsional y a las repercusiones de los fenómenos de intrincación y desintrincación pulsional en el funcionamiento psíquico. De hecho, la liberación de la pulsión de muerte que resulta de la desintrincación pulsional lleva a *un proceso contraevolutivo de complejidad creciente, con un progresivo auge de lo biológico en detrimento de lo psíquico* (Caparrós, 2008, p. 227). En ese momento, Freud (ibíd.) reconoce también que los síntomas somáticos de las neurosis actuales o de una enfermedad orgánica pueden resultar del trabajo de la pulsión de muerte. A partir de esta hipótesis, Freud prosigue con la investigación del

---

<sup>47</sup> En este texto propone como ejemplo de los fenómenos de intrincación y desintrincación pulsional la ambivalencia presente en las neurosis obsesivas. En 1923, plantea la crisis epiléptica como producto de la desintrincación pulsional, esbozando así la relación que se puede hallar entre pulsión de muerte y síntomas somáticos.

tema proponiendo que, en el límite, la pulsión de muerte llevaría al aniquilamiento del sujeto.

Esta aportación es esencial para el reconocimiento de las implicaciones de la pulsión de muerte en los trastornos psicosomáticos y para los desarrollos metapsicológicos posteriores.

### **III.5.1. La segunda tópica y el nuevo dualismo pulsional**

En *El Yo y el Ello* (1923), la explicación del pensamiento freudiano vuelve a alejarse de la biología y es ahora más psicoanalítica. La segunda tópica marca un cambio topográfico, un momento de paso de una tópica de sistemas a una tópica de instancias, se asienta en una visión psicodinámica del Yo. Mientras que las pulsiones están ausentes del modelo propuesto en la primera tópica (1900) pasan, con el Ello, a ser parte integrante del aparato psíquico de la segunda tópica (Green, 2005). Se privilegian fuerza y movimiento pulsional en detrimento de los contenidos representativos.

El cuerpo y sus experiencias tempranas son el eje alrededor del cual el Yo se desarrolla: nace de las percepciones sensoriales y de las representaciones que se forman en el psiquismo<sup>48</sup> (Nasio, 1996). El Yo queda así indudablemente ligado al cuerpo, dejando abierta la posibilidad de que este pueda manifestarse bajo condiciones psíquicas adversas.

Uno de los grandes objetivos de este texto es relacionar las instancias de la nueva tópica (Yo, Ello y Superyó) con la teoría de las pulsiones y con el principio del placer. Freud (1923) propone que las percepciones tienen para el Yo el mismo significado que las pulsiones asumen para el Ello: pero constata también que el Yo, en cuanto parte modificada del Ello, tiene una porción inconsciente expuesta a la influencia de las pulsiones. Es decir, que el origen de todas las catexis está en el Ello, polo pulsional de la personalidad, y las otras instancias toman su energía de esa fuente primaria.

La distinción principal entre el inconsciente y el Ello es que mientras que el inconsciente, tal como se presenta en la primera tópica permanece en el registro del

---

<sup>48</sup> Este tema se desarrolla ampliamente en el cap. IV.

placer, en el Ello habitan mociones pulsionales contradictorias, que pueden estar más allá del principio del placer.

El Superyó asume una posición mediadora indispensable en el paso de la pulsión de muerte, en cuanto fuerza biológica que afecta al ser vivo, a la destructividad de orden psíquico. Su severidad está relacionada no solo con los residuos libidinales edípicos y su carácter de formación reactiva frente a esos impulsos, sino también con el hecho de que es *un lugar privilegiado de manifestación de la pulsión de muerte, como ocurre en la melancolía* (Gómez Sánchez, 2002, p. 246). De hecho, el Superyó es inseparable de la pulsión de muerte e incluso se nutre de ella: el sentimiento de culpa y la búsqueda de punición inconscientes representan parte de la pulsión de muerte que está psíquicamente ligada por el Superyó, que así se vuelve reconocible, y denuncian la tensión psíquica entre Yo y Superyó.

La consistencia del Yo depende de consideraciones económicas, de *las magnitudes relativas de las tendencias que luchan entre sí* o su deformación — mediante escisión o rechazo— como intento de evitar la ruptura (Freud, 1924[1923])<sup>49</sup>. Este hallazgo lleva a Freud a investigar los mecanismos a través de los cuales el Yo, tras la retirada de las catexias libidinales de los objetos, se desconecta del mundo exterior, preparando el terreno para *La Negación* (1925) y *La escisión del Yo en el proceso defensivo* (1940[1938]).

En cuanto mecanismo que representa la pulsión de muerte<sup>50</sup>, la negación (Freud, 1925) lleva a una doble conclusión: la expulsión exterior de lo malo y, paralelamente, la constitución de un Yo-placer purificado (Green, 2010). Es un importante indicador clínico que da cuenta de las represiones<sup>51</sup> y traduce la repercusión intelectual resultante de la lucha entre Eros y Tanatos (Freud, 1937a).

El mecanismo de escisión del Yo opera en función de la incapacidad del Yo para tolerar el principio de la realidad. El Yo se deforma sometándose a usurpaciones en su propia unidad (Freud, 1924), lo que posibilita la existencia de *distintas lógicas superpuestas entre sí*. El Yo *renuncia a un sector de sí mismo para que la otra porción sobreviva: una tiene en cuenta el principio de la realidad (aparato perceptivo), la otra*

---

<sup>49</sup> *Neurosis y psicosis* (1924[1923]).

<sup>50</sup> Responsable de los mecanismos negativizadores del psiquismo, desarrollados en el cap. VI.

<sup>51</sup> *Construcciones en análisis* (Freud, 1937).

*prescinde del mismo* (Lutenberg, 2000, p. 129). Esto tiene gran relieve para los desarrollos posteriores en la comprensión del funcionamiento psíquico en patología psicosomática, en particular en los conceptos de alucinación negativa, alexitimia y sobreadaptación del paciente a la realidad.

Los avances metapsicológicos en curso permiten aclarar la distinción entre neurosis y psicosis<sup>52</sup>. En la primera, el paciente intenta evitar la realidad frustrante refugiándose en la fantasía, y la represión es la responsable de la emergencia de síntomas revestidos de significado simbólico. En la psicosis, el proceso defensivo cambia el juicio de la realidad para impedir el desarrollo de afectos dolorosos. La desestructuración representacional psíquica y objetal conduce a la pérdida de la realidad y a la creación de una nueva realidad compensatoria. La negación es el mecanismo que subyace al rechazo de la realidad, que es así ignorada y sustituida por delirios y alucinaciones.

Basándose en el tema de la escisión, desarrolla a continuación el mecanismo de desmentida (1927)<sup>53</sup>: la coexistencia de dos respuestas contradictorias —si y no— abre una brecha decisiva en la unidad del Yo, que es particularmente evidente en la psicopatología de las estructuras no neuróticas. La desmentida de la representación —renegación<sup>54</sup>— es un modo de defensa que desmiente la castración en cuanto realidad ineludible y que opera a menudo a la par que la escisión del Yo en los trastornos psicosomáticos: se trata de la *sustitución de una realidad percibida por otra que la desautoriza*, que afirma lo contrario de lo que en otro tiempo lógico se afirmara. De hecho, escisión y desmentida son dos mecanismos importantes que operan en los trastornos psicosomáticos.

### **III.5.2. Pulsión de muerte y masoquismo**

La relación entre el funcionamiento psíquico y la aparición o desaparición de una enfermedad orgánica se menciona en distintos momentos del texto freudiano con respecto a las alteraciones en la economía libidinal. Por ejemplo, si por un lado la

---

<sup>52</sup> *La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis* (Freud, 1924a).

<sup>53</sup> *Fetichismo* (Freud, 1927).

<sup>54</sup> *Verlengnung*.

descompensación somática puede ser sustituida por una descompensación delirante en un movimiento que aparentemente se opone a la somatización (Freud, 1924), por otro, y de forma inversa, los síntomas de la melancolía pueden desaparecer tras la instalación de una enfermedad somática (Freud, 1917). En sus observaciones, Freud reconoce que la incompatibilidad clínica y económica entre una neurosis traumática y una afección orgánica, así como la desaparición de un estado neurótico cuando se produce una somatización, ponen en juego la cualidad de la organización masoquista del sujeto.

De hecho, la pulsión de muerte exige revisar el fenómeno del masoquismo, presentado previamente como una perversión<sup>55</sup>, a la par del sadismo donde derivaría, y cuestionar su papel en la somatización. La propuesta de un narcisismo primario con la libido dirigida al Yo hace pensar que plantear la hipótesis de un masoquismo primario es también pertinente (Abadi, 2002). El paralelismo entre masoquismo primario y secundario/libido narcisista y libido objetal es obvio: pulsión de muerte en los objetos, es decir, como agresión, destrucción o sadismo en el masoquismo primario, o de vuelta al sujeto como en el masoquismo secundario.

Es decir, que la idea de un masoquismo primario erótico solo se puede considerar sobre la base del reconocimiento de la pulsión de muerte, con su posibilidad de intrincación, y con la distinción entre los principios de funcionamiento mental, en particular, el principio de constancia y el principio de placer. Así, tomando en consideración los avances metapsicológicos a que llevó el segundo dualismo, surge la distinción entre un masoquismo primario erótico garante de la retención libidinal y un masoquismo secundario<sup>56</sup> (Freud, 1924).

Tributario de la pulsión de muerte, el masoquismo erótico primario resulta de la intrincación pulsional y liga excitación y dolor (Lindemmeyer, 2014). Es previo a la etapa en que la agresión se dirige al objeto exterior y, como tal, anterior al sadismo primitivo. Es también anterior al masoquismo moral que surgirá como secundario al sadismo del Superyó (Abadi, 2002). Es una condición imprescindible para la representación y para la formación de la vida psíquica, lo que refuerza la *importancia de la pulsión de muerte en la constitución de los procesos psíquicos* (Lindemmeyer, 2014, p. 1520). En efecto, el movimiento pulsional originado en una excitación somática

---

<sup>55</sup> *Tres ensayos sobre teoría sexual* (1905) y *Pulsiones y sus destinos* (1915).

<sup>56</sup> *El Problema económico del masoquismo* (1924). El tema se retomará en el cap. VI.



adquiere representación gracias a la capacidad de simbolización que se construye en la relación con el otro. Freud supone entonces que el masoquismo erógeno primario corresponde a un resto que permanece en el interior y se vincula a Eros, puesto que no pudo volver hacia el exterior y descargarse bajo la forma de agresividad y sadismo.

Se pueden reconocer las raíces del masoquismo moral en la descripción sintomática de la melancolía: humor doloroso, ausencia de interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar e inhibición. La *disminución del sentimiento de sí mismo se expresa en autorreproches y autoinjurias* que se manifiestan en el discurso autopunitivo y son *característicos de un modo de ser que trabaja contra el Yo* (Chabert, 2008, p. 53), es decir, característicos de la pulsión de muerte.

De hecho, Freud (1924) subraya el poder del masoquismo moral como resistencia al tratamiento analítico: el sufrimiento inherente a la reacción terapéutica negativa traduce la necesidad de punición. Esto justifica que una neurosis pueda desaparecer cuando una realidad penosa, como suele ser una afección orgánica, se impone en la vida del paciente: lo que necesita es, en el fondo, que una cierta cantidad de sufrimiento se mantenga<sup>57</sup>.

### **III.5.3. Sobre la angustia y los trastornos psicosomáticos**

La angustia es un concepto transversal en los escritos freudianos que sufre una reformulación considerable a partir del segundo dualismo pulsional.

La primera teoría de la angustia encuentra asiento en el modelo de la neurosis de angustia<sup>58</sup> y su desarrollo se produce en dos momentos: un primer momento (Freud, 1890; 1895) que se basa en el pilar energético y en que se asume la angustia como descarga de un exceso de excitación y otro momento en que se toma equivocadamente como la única concepción de la angustia de la primera tópica (1915)<sup>59</sup>. En este momento la angustia se define como consecuencia directa de la represión, definición claramente tributaria del modelo representacional: el desligamiento entre afecto y representación libera una cierta cantidad de libido que se transforma en angustia.

---

<sup>57</sup> El tema de masoquismo y somatización se desarrollará en el cap. VI.4.4.

<sup>58</sup> Caracterizada por la expectativa ansiosa o angustia flotante que resulta de una cantidad elevada de excitación que proviene de la deflexión de la libido y se repercute somáticamente.

<sup>59</sup> *La represión* (Freud, 1915).

La reformulación de la teoría de la angustia comienza a esbozarse en 1917<sup>60</sup>, antes de la presentación de la pulsión de muerte, y se retoma al final de *Más allá del principio del placer*. La concepción biológica de su mecanismo generador, o sea, la transformación inmediata de la libido no satisfecha en angustia para fines de descarga, se abandona.

En *Inhibición, síntomas y angustia* (1926[1925]), Freud presenta la segunda teoría de la angustia e introduce elementos que, ubicándose más allá del principio del placer, escapan al paradigma representacional: relaciona la angustia con la compulsión a la repetición, el desamparo psíquico, la pulsión de muerte y el trauma. Establece así la distinción entre la neurosis de angustia que incluye en las neurosis actuales y que resulta de una cantidad desmesurada de ansiedad, y otra forma de ansiedad, psíquicamente ligada y que tiene que ver con situaciones particulares: la angustia pasa a ser considerada como un afecto vivenciado por el Yo que, más allá de la amenaza de castración y ante la amenaza de separación, de pérdida de objeto o de su amor, crea síntomas y levanta defensas (Quinodoz, 2005). Tomando esto en consideración, Freud introduce cambios en la concepción de las neurosis actuales, ahora pensadas más allá del principio del placer: lo que transforma la libido no realizada en angustia es su excedente.

En la segunda teoría, la represión deja de estar en los orígenes de la angustia y pasa a considerarse como una consecuencia de la angustia, ahora definida como una reacción a situaciones traumáticas: ante una representación amenazante para el Yo, la represión surge como intento de aliviarlo.

Propone así dos modalidades distintas de angustia: la angustia automática que traduce lo irrepresentable y se manifiesta esencialmente por vía somática, dando cuenta de una pura cantidad que provoca la inhibición o paralización del pensamiento (Lindemeyer, 2014), y la angustia señal, que es esencialmente psíquica y funciona como una alarma. Esta da cuenta de una experiencia de desamparo del Yo en reacción a una situación traumática y se presenta como sensación inherente a la función yoica de percepción de peligro. En cuanto inscripción psíquica de algo irrepresentable, la angustia resulta de la insuficiencia representacional del aparato psíquico y su imposibilidad de vincular la excitación y elaborarla psíquicamente. Surge como consecuencia de una invasión económica cuya excitación traspasa el límite que el

---

<sup>60</sup> Conferencia XXV: *La ansiedad* (Freud, 1917).

aparato psíquico puede soportar y por eso no accede a la red de asociaciones simbólicas. Surge así la idea de un límite cuantitativo de excitación a partir del cual cualquier persona puede enfermar, puesto que el aparato mental falla y no domina por entero las cantidades de excitación que es necesario eliminar. Cuando, en *razón de un aumento considerable, la cantidad de libido no-ligada*<sup>61</sup> *supera la capacidad que el sujeto tiene para acomodarse a ella en un momento dado, esto será vivido como una perturbación* (Rechardt, 1984, p. 56). Cuanto más amenazantes sean el caos y la impotencia, más graves podrán ser sus manifestaciones.

Los cambios de enfoque hacia los aspectos económicos llevan al desarrollo de la investigación con respecto al destino del afecto. Freud (1915) hace notar que una pulsión no puede volverse consciente sino a través de su representante psíquico<sup>62</sup>. De hecho, *una pulsión no es consciente, ni preconscious, ni inconsciente y solo sus representantes pueden ser calificados así* (Green, 2005, p. 236). La tarea del aparato mental es *dominar y eliminar la excitación que proviene de dentro y de fuera, y que incide en él*, a través del establecimiento de *cadenas asociativas que permiten vincular afecto y representación* (Freud, 1917, p. 416). La anticatexia utilizada por el Yo en el proceso de represión tiene una función defensiva con respecto a la angustia, y tiene que mantenerse a fin de que la represión permanezca estable. Pero mientras que la representación se reprime, un afecto que no encuentra representación permanece libre, como cantidad. Así, ante la represión ¿qué le acontece al afecto que estaba vinculado a la idea reprimida?

La importancia de los afectos y su vínculo con los procesos somáticos es evidente desde las publicaciones prepsicoanalíticas: *en rigor, todos los estados anímicos, incluso los que solemos considerar «procesos de pensamiento», son en cierta medida «afectivos», y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales ni la capacidad de alterar los procesos físicos* (Freud, 1890, pp. 118 - 119).

El afecto, definido como un proceso de descarga, se transforma en angustia, independientemente de su cualidad. Esta transformación del afecto es, por supuesto, la parte más importante del proceso de represión, ya que un afecto no puede volverse inconsciente, a semejanza de una idea, que permanece igual. Un afecto incluye

---

<sup>61</sup> La pulsión de muerte es la manifestación de la libido no-ligada (Laplanche, 1970).

<sup>62</sup> El tema del representante psíquico de la pulsión se desarrollará en el cap. V.

inervaciones y descargas (componentes secretores y vasomotores) y sensaciones de dos tipos: percepciones de las acciones motrices ocurridas y sentimientos de placer/displacer concomitantes, que prestan al afecto su tono predominante (Freud, 1916-1917). Desvinculados de su componente representativo, los componentes secretores y vasomotores aparecen en la consciencia desligados de sus representaciones, funcionando desordenadamente y produciendo daños corporales que configuran enfermedades somáticas: *la clave de inervación de los afectos reside en las representaciones del inconsciente* (Freud, 1900 [1899], p. 321).

Desde su posición de médico y analista, señala que el psicoanálisis proporciona insospechadas intelecciones de la maraña de la vida anímica y de los nexos entre lo anímico y lo corporal (Freud, 1926), gracias al tratamiento del factor psíquico que interviene en el comienzo y en el curso de las enfermedades físicas. De hecho, considera que es asombroso que por *mera conversación* se logre dominar fenómenos puramente corporales (ibíd.). Sin embargo, alude también a la posibilidad de aparición de una enfermedad o de síntomas somáticos en el curso del tratamiento analítico, sin que sepa si debe incluirlos en la neurosis o relacionarlos con una enfermedad orgánica independiente de ella<sup>63</sup> (ibíd.)

También retoma el tema de la relación entre la naturaleza de la investidura y del dolor (Freud, 1914; 1917; 1926). Mientras que en el dolor físico predominaría la catexia narcisista del punto doloroso, en el dolor mental predominaría la investidura libidinal de objeto: es el paso de la investidura narcisista a la investidura objetal lo que permite que el dolor del cuerpo pase a dolor del alma (Freud, 1926). Esto viene reforzar que la problemática narcisista es predominante en psicósomática.

En *El malestar en la cultura* (1929[1930]), el tema de la destructividad humana se amplía al *campo social como terreno de elección para observar los efectos de las pulsiones destructivas* (Green, 2005, p. 239). Es decir, que *sin salir del campo del psiquismo, Freud investiga las aplicaciones de la pulsión de destrucción en el orden colectivo* (Green, 2005, p. 128). Amplia y reivindica su estatuto universal, reconociendo la destructividad *en todas y cada una de las acciones humanas de carácter agresivo o destructivo, ya sea normal o patológica, individual o colectiva* (Nakasu, 2009, p. 190).

---

<sup>63</sup> Esto esboza lo que más tarde se planteará como somatización simbolizante o regresión reorganizadora, temas desarrollados en el cap. VI.

Si en cada exteriorización pulsional participa la libido, no todo en ella es libido (Freud, 1930).

Al destacar la destrucción y la crueldad como una *innata inclinación del hombre hacia lo malo*, la pulsión de muerte que se había presentado previamente con *una fuerte dosis especulativa y como una transformación de la pulsión sexual, pierde su carga mitológica y es ahora irrenunciable y autónoma* (Gómez Sánchez, 2002, p. 233) en sus formas auto y hetero destructivas. *Cualquier restricción de esa agresividad dirigida hacia fuera estaría destinada a aumentar la autodestrucción* (Freud, 1930, p. 123). Así, mientras que subraya la importancia de la agresión y de la destrucción en la supervivencia psíquica y reconoce la positividad de la pulsión de muerte, cuestiona su potencial autodestructivo y se acerca a la paradoja inherente a sus implicaciones.

Formado en los principios de un positivismo de sesgo biológico, Freud terminó franqueando sus propios límites en una formulación que instala el psiquismo humano como fenómeno de cultura. Todos los actos colectivos e individuales que llevan a los hombres a la desunión, a conflictos y a la muerte, se atribuyen a la acción conjunta de las dos clases de pulsiones. La pulsión de muerte se considera un componente indispensable para pensar cualquier fenómeno cultural aunque el hombre, activando su agresividad, asuma el riesgo de destruir la civilización. Así, 10 años después de la introducción de la pulsión de muerte, surge un cambio definitivo que da cuenta del alejamiento de la perspectiva biológica hacia la psicológica: la culpa.

Si se mantiene internamente, la pulsión de muerte suele tener efectos autodestructivos que pueden llevar al aniquilamiento. El sadismo se plantea entonces como la posibilidad de reversión de la pulsión en el mundo externo: el organismo preserva su propia vida destruyendo la vida ajena, es decir, que la reversión sádica hace viable la autopreservación (Freud, 1930).

Son las pulsiones de vida las que permiten este movimiento y defienden al sujeto de la autodestrucción, vinculando la pulsión de muerte flotante. Combinada con Eros, la pulsión de muerte se aleja del Yo, dirigiéndose hacia el exterior (Freud, 1933 [1932]): *parece esencial para la preservación del sujeto que se produzca ese desvío y el aparato muscular sirve a esa finalidad. Cuando se establece el Superyó, hay cantidades considerables de pulsión agresiva que permanecen en el Yo, donde operan destructivamente, constituyendo uno de los peligros para la salud a los que se enfrentan los seres humanos* (Freud, 1937, p. 161). Refiriéndose a la importancia del

abordaje económico, destaca el *poder irresistible del factor cuantitativo en los orígenes de la enfermedad* (Freud, 1937, p. 242), cuya variabilidad de proporciones en la mezcla pulsional, así como su lugar de fusión, determinarán su condición normal o patológica.

Las *desfusiones pulsionales y la consecuente liberación de cantidades excesivas de pulsión destructiva* (Freud, (1940 [1938], p. 194)<sup>64</sup>, que permanece internamente y amenaza el equilibrio, pueden llevar a la inversión de la autopreservación. En estos pasajes del texto, Freud reconoce que la pulsión de muerte, apartada del enlace con Eros, puede volcarse contra el propio cuerpo, autodestruyendo y autolesionando, estableciendo de modo claro la relación entre pulsión de muerte y somatización.

En *¿El porqué de la guerra?* (Freud, 1933 [1932]a) Einstein cuestiona a Freud sobre los modos de liberar a la humanidad de la guerra, a partir de la hipótesis de que el ser humano guarda dentro de sí mismo un deseo de odio y de destrucción. La respuesta de Freud está determinada esencialmente por las particularidades inherentes al conflicto pulsional: *las pulsiones del ser humano son solo de dos clases: aquellas que quieren conservar y reunir —las llamadas eróticas— (... y otras que quieren destruir y matar; a estas últimas las reunimos bajo el título de pulsión de agresión o de destrucción* (ibíd., p. 192), Subrayando la paradoja del tema, considera que la guerra puede ser un intento de recuperar la paz deseada, aunque no sea eficaz en absoluto, puesto que una parte de la pulsión de muerte permanece dentro del organismo y no es posible eliminarla en su totalidad. Este resto es responsable de fenómenos mentales normales y patológicos. De hecho, la satisfacción de las pulsiones destructivas se facilita mediante la mezcla pulsional con las pulsiones de naturaleza erótica, que pueden intentar desplazarlas en otra dirección y no hacia la guerra o la autodestructividad (ibíd.).

Considera también que el pacifismo se puede encarar como una expresión de la pulsión de muerte, mientras que la guerra puede ser una expresión de la pulsión de vida. Es decir, que las dos clases de pulsiones son esenciales y que difícilmente aparecen aisladas, lo que dificulta el reconocimiento de la pulsión de muerte. Esa mezcla modifica su objetivo o puede posibilitarlo: *aunque la autoconservación sea de naturaleza erótica, debe tener a su disposición la agresividad para alcanzar su objetivo (...). De ese modo, también la pulsión de amor, cuando se dirige a un objeto, necesita*

---

<sup>64</sup> *Esquema del Psicoanálisis* (Freud, (1940 [1938]): considera también que esta es una de las posibles explicaciones para el suicidio, en que la pulsión de muerte se expresa en su forma bruta.

*de alguna contribución de la pulsión de dominio para conseguir apoderarse del objeto* (ibíd, p. 203).

En sus últimos textos y al final de su vida, Freud se dedica a las resistencias que constituyen obstáculos para el éxito del tratamiento analítico, tema que había introducido previamente en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), donde relaciona las distintas fuentes de resistencia con las instancias psíquicas propuestas en la segunda tópica.

La pulsión de muerte es responsable de una gran parte de esas resistencias al análisis. Considera como resistencias que emanan del Yo la represión, la transferencia y la ganancia de la enfermedad, y del Ello la compulsión de repetición. La reacción terapéutica negativa, el sentimiento de culpa y el masoquismo se presentan como manifestaciones de la tiranía del Superyó sádico sobre el Yo. Es decir, que los mismos fenómenos clínicos que constituyen expresiones inequívocas de la labor de la pulsión de muerte y que destronan el principio del placer, se presentan ahora como resistencia del Superyó (Gómez Sánchez, 2002): *esos fenómenos constituyen indicios inequívocos de la presencia de un poder en la vida mental al que llamamos pulsión de agresividad o pulsión de destrucción, acorde con sus objetivos, y que remite a la pulsión de muerte original de la materia viva, que así se vuelve reconocible* (Freud, 1937, p. 259).

La agresividad que retorna del mundo externo encuentra dos destinos: es ligada por el Superyó y, como tal, se vuelca contra el Yo, o permanece flotante y trabaja en silencio, de modo no ligado en el Yo o en el Ello. Sin embargo, subraya que en ese momento no se puede añadir nada más a ese respecto y deja una huella para la investigación posterior.

La agresividad ligada por el Superyó explicaría ciertas formas que mantienen al paciente prisionero de su enfermedad (Green, 2010), dando cuenta de la *necesidad de sufrir o de estar enfermo*. Esta necesidad autopunitiva encuentra su origen en un factor moral —el sentimiento de culpa, cuya inminencia se teme como un peligro—, y es una fuente de resistencia que constituye un poderoso obstáculo interno para la recuperación y la cura, comprometiendo así la evolución del tratamiento: el sujeto encuentra satisfacción en la exacerbación del síntoma y en la enfermedad, o sea, en el sufrimiento que estos proporcionan. Destaca también que la tendencia del Yo a incorporar síntomas ajenos al sujeto puede ampliar fijaciones que resultan a menudo en beneficios secundarios de la enfermedad y que refuerzan las resistencias al tratamiento.

La necesidad de punición, masoquista, hace que la enfermedad satisfaga al sujeto, que por eso se aferra a la condición de enfermo (Freud, 1933 [1932]a) ). De este modo, el paciente no se siente culpable, sino enfermo.

La esencia de la reacción terapéutica negativa<sup>65</sup>, punto de partida para la introducción de la pulsión de muerte, se asienta en su naturaleza paradójica: el paciente empeora como consecuencia de sus mejoras y del aliento por parte del analista (Robertson, 2011 in Akthar, 2011). Freud (1937) refuerza el papel de la pulsión de muerte en los *poderosos factores que imponen una reacción terapéutica negativa: culpa, necesidad masoquista de sufrir y rechazo ante la ayuda del analista* (Freud, 1937, p. 283), expresado por un agravamiento inequívoco de los síntomas y del estado general, en particular si la construcción del analista es correcta y se acerca a la verdad.

En el momento en que plantea la situación del Psicoanálisis<sup>66</sup> y compila los fundamentos y desarrollos de los conceptos metapsicológicos esenciales, Freud (1940 [1938]) subraya una vez más la importancia de la pulsión de muerte en los conflictos psíquicos y en llevar lo vivo a un estado inorgánico.. Reconoce que los procesos somáticos son lo *verdaderamente psíquico, lo psíquico genuino* (Chiozza, 2005 en Maladesky, 2005, p. 81) que es, en sí mismo, inconsciente.

En *Algunas lecciones elementales de Psicoanálisis* (1940[1938]b), Freud hace aportaciones valiosas a las implicaciones de la pulsión de muerte en psicósomática.

Agrega que la resistencia del Superyó suele consentir la interrupción de una forma de padecer neurótico, pero está lista para sustituirla enseguida por otras: llegado el caso, por una enfermedad somática. Así, basándose en la economía pulsional, establece la relación entre psiquismo y fenómenos somáticos: los fenómenos psíquicos dependen en gran medida de las influencias somáticas, y ellos mismos tienen efectos poderosos en los procesos somáticos. Con esto, Freud parece dirigir su atención hacia los trastornos funcionales de las neurosis actuales y hacia las afecciones orgánicas, dejando indicaciones con respecto al curso a seguir en la investigación.

---

<sup>65</sup> Aparece por primera vez en el cap. V de *El Yo y el Ello* (1923): las servidumbres del Yo. Sin embargo, Freud parece hacer un bosquejo del tema en *Los tres ensayos sobre teoría sexual* (1905), en el momento en que informa de que *los motivos para enfermar empiezan en la infancia* y reconoce que hay casos de enfermedad *con motivos puramente internos como el autocastigo*: se puede reconocer a partir de aquí un movimiento autodestructivo relacionado con la culpabilidad.

<sup>66</sup> *Esquema del psicoanálisis* (1940 [1938]).



De hecho, si el masoquismo y la reacción terapéutica negativa encuentran en la enfermedad una sustitución o expresión que da cuenta del trabajo de la pulsión de muerte, se puede plantear la hipótesis de que la somatización asegura también la punición necesaria y puede cumplir un papel defensivo ante la amenaza de sufrimiento psíquico.

### **III.6. Conclusiones**

La presentación de la pulsión de muerte y del segundo dualismo pulsional fue responsable de una profunda reformulación metapsicológica que, de modo determinante, abrió la puerta a la investigación psicoanalítica y tuvo implicaciones clínicas de relieve: en particular la ampliación del campo de interés psicoanalítico a las patologías no neuróticas, a los síntomas somáticos de las neurosis actuales y a las afecciones orgánicas. Considerar la pulsión de muerte y reconocer la destructividad en cuanto pulsional y constitutiva del sujeto, así como su posibilidad de intrincación y desintrincación con las pulsiones de vida, llevó a Freud a la propuesta de la segunda tópica e impuso la revisión de temas como los principios de funcionamiento mental, el masoquismo, la angustia y las resistencias.

Tras la introducción del narcisismo de Eros, pulsión sexual de vida, unió las pulsiones de autoconservación o del Yo y las pulsiones sexuales que caracterizaban el primer dualismo pulsional. Introducida en *Más allá del principio del placer* (1920), la pulsión de muerte se presenta para dar cuenta de hallazgos clínicos y sostener el dualismo pulsional inherente al conflicto psíquico. Aunque presentada como mera especulación, los desarrollos freudianos posteriores no dejan dudas con respecto a la pertinencia de la investigación de sus implicaciones.

Ante una exigencia epistemológica que imponía el positivismo de las ciencias médicas y prediciendo las repercusiones que la pulsión de muerte tendría en la comunidad científica, Freud prepara cuidadosamente el terreno para su presentación no solo apoyándose en la biología, sino también considerando que la *doctrina de las pulsiones es nuestra mitología* (1933 [1932], p. 98). A pesar de que la destructividad es su característica principal y no obstante sus implicaciones autodestructivas, se refiere también a la positividad de la pulsión de muerte. Responsable de mecanismos defensivos esenciales en los orígenes y desarrollo del psiquismo, la pulsión de muerte es

responsable de la riqueza y la multiplicidad de la vida psíquica que la mezcla pulsional proporciona.

La pulsión de muerte *implica que lo que fue pensado pueda ser des-pensado* (Lutenberg, 2000, p. 128). Su trabajo se dirige hacia el *retorno al estado inorgánico, o sea, un retorno a lo prerrepresentacional que remite al cuerpo biológico primordial* (Ferraz, 2010, p. 182). La libido incrementa la complejidad agregando representaciones, mientras que la pulsión de muerte desinvierte y rompe ligaduras psíquicas, *operando sobre aquello que la libido unió* (Lutenberg, 2000, p. 128). En cuanto *dispositivo antirrepresentacional*, puede llevar al desapuntalamiento de la pulsión sobre la función, apartando al sujeto de su cuerpo, que reacciona entonces por su propia cuenta.

Así, si seguramente se puede producir la muerte del psiquismo por desintegración, como efecto de la pulsión de muerte, también se puede producir la *muerte del psiquismo por la rigidez y síntesis excesivas, por la pulsión de vida, porque el extremo de la ligazón es también el extremo de la inmovilización* (Laplanche, 1987, p. 149). Esto remite a las implicaciones paradójicas de la pulsión de muerte — autodestructividad y supervivencia psíquica— ya que la destructividad tiene también una función preponderante en el psiquismo del sujeto y en su relación con el mundo objetual.

Freud siempre tuvo en consideración las relaciones entre funcionamiento mental y economía psicosomática. *La propuesta de la pulsión de muerte fue indudablemente un retorno a la temática psicopatológica presente en 1894 a propósito de las neurosis actuales* (Ferraz, 2010, p. 184), repensadas ahora más allá del principio del placer.

Así, aunque en el inicio las neurosis actuales y las afecciones orgánicas estén fuera del marco del tratamiento psicoanalítico, los hallazgos a que la pulsión de muerte conllevó permitieron reconsiderarlas acorde con su relación con la economía de las pulsiones de destrucción (Smadja, 2009). Hasta el final de su vida Freud transitó por distintos desarrollos acorde a los nuevos hallazgos clínicos, destacando en diversos momentos evidencias clínicas de la pulsión de muerte. La posibilidad de intrincación con Eros neutraliza sus efectos y posibilita que se haga representar por uno de sus derivados —pulsión de agresión, de destrucción o de dominio— volcándose hacia el exterior. Ante la imposibilidad de mezcla pulsional, permanece libre y flotante en el interior del sujeto, continuando su actividad sin obstáculos.

Haciendo hincapié en el relieve de la pulsión de muerte para la comprensión de los procesos patológicos, la desintrincación pulsional abre las puertas a la investigación, aspecto de suma importancia en esta tesis. De hecho, la afección somática puede ser el resultado de trastornos de la intrincación pulsional, en que diversos componentes de Eros van siendo desinvertidos por la labor de la pulsión de muerte (Green, 1993, en Jarast, 2006) hasta alcanzar el soma. Se plantea que la desintrincación pulsional de las pulsiones eróticas y de las pulsiones de destrucción puede afectar al funcionamiento psíquico y dañar las funciones somáticas: *las mezclas pueden también disgregarse y podemos esperar de tales desuniones las más graves consecuencias para la función* (Freud, 1937, p. 107). La autodestructividad, expresión de la pulsión de muerte, es una consecuencia de la desintrincación (Freud, 1933 [1932]).

*Las enfermedades somáticas, que prácticamente habían desaparecido de la teoría psicoanalítica* (Dejours, 1988, p. 33), pasan a ser consideradas de nuevo. De hecho, Freud (1917; 1920; 1922; 1923; 1926; 1937; 1938[1940]) reconoce y subraya en distintos pasajes la pertinencia de su investigación aunque considera que por razones pedagógicas los analistas tienen que aprender a limitarse a las vías psicológicas de pensar (Freud, 1922). Sin embargo, considera que el tratamiento de las afecciones orgánicas tiene futuro (Freud, 1923).

Su interés, desarrollado a lo largo de su trabajo es evidente en los últimos textos, en particular en *Esquema del Psicoanálisis* (1940 [1938]) y *Algunas lecciones elementales* (1940 [1938]). Al final de su Obra, se constata una construcción metapsicológica compleja, alejada del soporte biológico al que recurrió en el inicio para fundamentar la pulsión de muerte (Rudge, 2007). Considerando indudable sus implicaciones en las afecciones orgánicas, puesto que destaca que los factores psíquicos toman parte en su génesis y persistencia, Freud deja abiertas las puertas para la investigación en el campo de la psicósomática psicoanalítica y su relación con la pulsión de muerte.

## Capítulo IV. El cuerpo como soporte fundante del psiquismo: estatuto de cuerpo en Psicoanálisis.

El cuerpo biológico es el soporte fundante del psiquismo y punto de partida para la representación, trayecto que se funda en el apuntalamiento de la pulsión sobre la función. Para el Psicoanálisis el cuerpo es una estructura simbólica, libidinal y deseante, que se construye en las experiencias relacionales precoces. En el desarrollo del cuerpo erótico subrayase la importancia de la cualidad del objeto en los orígenes del psiquismo y en la integración psique-soma, en particular, su función paraexcitatoria, su papel en la promoción la identificación primaria en cuanto base de la constitución del Yo, y como objeto intrincante de las dos clases de pulsiones que lo invisten. El *Yo es ante todo una esencia cuerpo* (Freud, 1923, p. 40), lo que significa que sin cuerpo no hay psique y que, ante la incapacidad de representación psíquica, el cuerpo tampoco existe para el Yo. Representar es esencial para tramitar simbólicamente las excitaciones que tienen origen en el soma: de hecho, *pensar es tener representaciones de uno mismo, representaciones del mundo y representaciones de sí mismo con el mundo* (Golse, 2002, p. 166). Se constata que, paradójicamente, al mismo tiempo que el cuerpo se presta como sustrato de la vida psíquica y permite que la representación se apropie de sus modos de funcionamiento, también puede ser objeto privilegiado de modos de funcionamiento que resultan en su destrucción.

### IV.1. Introducción: encuadre y objetivos

Fue necesario esperar al advenimiento del método psicoanalítico para poder explicar con insospechada profundidad la vida pulsional, donde cuerpo y psiquismo no paran de influenciarse mutuamente (Ferenczi, 1926).

Tras el descubrimiento del inconsciente y el establecimiento del pensamiento psicoanalítico, la concepción unitaria del ser humano rompe definitivamente con las convicciones dualistas: soma y psique son indisociables. Desde sus escritos iniciales Freud (1895) plantea que los síntomas psíquicos ejercen modificaciones en la economía subjetiva que se manifiestan en el sustrato corporal: el Psicoanálisis escucha el cuerpo

más allá de su dimensión biológica, buscando descifrar lo que imprime en él el funcionamiento psíquico.

Históricamente, la Psicología Psicoanalítica, en cuanto disciplina emergente del Psicoanálisis, parte también del estudio de la psicopatología, aclarando el trayecto involutivo del psiquismo al soma, para dedicarse posteriormente al itinerario contrario, que toma la dirección del desarrollo. La investigación de los orígenes y desarrollos del psiquismo —cómo se nace, vive y muere psíquicamente—, así como la investigación de la relación entre los fenómenos de autodestructividad y supervivencia psíquica, son temas capitales en la comprensión de la integración y consistencia de la unidad psicopsíquica que define el sujeto.

Solo a partir de la aclaración del concepto de cuerpo será posible comprender su relación con un tipo de funcionamiento psicopatológico que frecuentemente acompaña o subyace a una enfermedad orgánica no conversiva<sup>67</sup>. ¿Pero qué cuerpo es este? ¿Qué cuerpo se pone enfermo? A la noción de cuerpo biológico, el Psicoanálisis añade la noción de cuerpo erógeno, pulsional (Freud, 1905), de un cuerpo deseante que vive su *incompletud en la búsqueda del Otro* (Fleming, 2003, p. 123): conocer ese cuerpo, así como el camino que se cumple a partir del soma, constituye el objetivo de este capítulo.

El concepto psicoanalítico de pulsión como representante psíquico de una excitación somática (Freud, 1915) es la base teórica sobre la cual se ha ido edificando la investigación psicopsíquica. Responsable de la unidad somato-psíquica que articula los dos dominios (Green, 2000), la pulsión nace del empuje constante de las necesidades ancladas en el cuerpo. Necesita al Otro para obtener satisfacción, justificándose así la importancia de las vicisitudes de la relación con el objeto en la emergencia del psiquismo (Castellano-Maury, 2001): en este sentido, es esencial considerar la célula primordial pulsión-objeto (Green, 2010). El cuerpo erógeno, marcado por la sexualidad inherente a la relación con el otro materno, por los afectos y el lenguaje de cada uno (Ulnik, 2010), implica un sentido que se deriva de la articulación entre zonas erógenas y representaciones.

En cuanto marca de la pulsionalidad del cuerpo erógeno, la psicosexualidad implica que la condición somática y la psíquica son dos planos necesariamente

---

<sup>67</sup> Aunque este funcionamiento psicopatológico —el funcionamiento operatorio— no sea exclusivo de las enfermedades psicopsíquicas y pueda observarse en pacientes *borderline*, por ejemplo.

atravesados el uno por el otro. El entrelazado de esos dos planos que están siempre en tensión es capital para entender cómo se produce el proceso de subjetivación (Lionço, 2008). El cuerpo está así doblemente marcado por el psiquismo y por su materialidad somática.

#### **IV.2 El cuerpo en los orígenes del psiquismo: estatuto de cuerpo en Psicoanálisis**

El cuerpo es el punto de partida del camino de acceso a la representación, trayecto que se funda en el paso por el otro materno y que asume la dirección que parte de lo biológico (funciones orgánicas y fisiológicas) a lo erógeno, libidinal y subjetivo (Milheiro, 1999): el desarrollo del cuerpo erótico camina a la par con la instauración del psiquismo. El nacimiento de la vida psíquica corresponde justamente a la instauración de las capacidades de representación que subyacen a la posibilidad de simbolización.

El Psicoanálisis considera el asentamiento de lo psíquico en lo somático, reconociendo el cuerpo como soporte fundante del psiquismo<sup>68</sup> (Green, 2005). Sin embargo, *lo psíquico no surge de lo somático, si bien le es imprescindible el sostén biológico para implantarse y, en último extremo, sostenerse* (Bleichmar, 2005, en Maladesky, 2005, p. 72). Las vicisitudes tempranas del desarrollo del psiquismo y los momentos iniciales de la constitución del Yo (Jarast, 2009) en el seno de una relación precoz particular (Winograd, Teixeira, 2011) implican la posibilidad de transformación de una cualidad corporal en una cualidad psíquica, de un cuerpo biológico en un cuerpo erógeno<sup>69</sup>. Esta posibilidad guarda particular importancia para la comprensión del funcionamiento psicopatológico en psicósomática.

La estructuración del Yo, vehiculizada por el cuerpo, queda indudablemente ligada a él. *El Yo es ante todo una esencia cuerpo; no solo una esencia superficie, sino él mismo, la proyección de esa superficie* (Freud, 1923, p. 40), que irá a constituirse *primeramente a partir de las experiencias físicas experimentadas en el contacto con el*

---

<sup>68</sup> Para Lacan, ante la encarnación del *logos* en el cuerpo, este queda reducido a su aprehensión por el lenguaje incluso en las formas con las cuales se define el placer; a partir del lenguaje en cuanto código y cultura, el soma se desvanece. Sin embargo, no se puede reducir el cuerpo al lenguaje, negando procesos somáticos. El lenguaje como código es cultura.

<sup>69</sup> Dejours (1992) llamó a esto “subversión libidinal”.

*entorno* (Fabião, 2007, p. 35). Significa esto que sin cuerpo no hay psique, pero que ante la incapacidad de representarse psíquicamente, el cuerpo tampoco existe para el Yo: es decir, que no hay pensamiento sin cuerpo ni cuerpo sin pensamiento.

En este sentido, el *cuerpo no se restringe a una colección de órganos y funciones organizados de acuerdo con las leyes de la anatomía y de la fisiología* (Breton, 2007, p.61), sino que es una estructura simbólica: un cuerpo de deseo, *investido de la significación otorgada por el psiquismo que lo habita de acuerdo con sus mapas fantasmáticos* (Fleming, 2003, p. 24).

Son las experiencias relacionales precoces las que van a delinear los modos de funcionamiento somático a partir de la constitución de la imagen corporal: el desarrollo del cuerpo erógeno, cuyas etapas esenciales se deberán cumplir en los primeros años de vida, es el producto del diálogo establecido entre el cuerpo y sus funciones, apuntalados en los cuidados maternos. El cuerpo del bebé es el punto de encuentro de las impresiones sensoriales, que se despiertan por la estrecha proximidad del contacto con la madre, disponible para satisfacer los requisitos inherentes a las necesidades instintuales. La integración mental de las sensaciones provenientes de las interacciones precoces, inscritas en el cuerpo del bebé con tonalidad placentera o desagradable, traza la posibilidad de acceso a la representación, lo que es fundamental en la ontogénesis del aparato psíquico y en la construcción del cuerpo erógeno y de una imagen corporal: construcción única para cada uno, que lleva el sello de las experiencias de su historia libidinal y confiere el sentimiento de un cuerpo con unidad existencial (Lenarduzzi, 2003): el sujeto cumple un trayecto de apropiación de su cuerpo, marcado libidinalmente por los cuidados maternos.

Durante los primeros meses de vida, el aparato psíquico tendrá que luchar contra la ansiedad —ansiedad automática— a fin de liberarse de un *quantum* energético no cualificado, o sea, de una excitación que no puede elaborar. En condiciones favorables para el desarrollo psicoafectivo, la madre capta y acoge las distintas señales que el bebé emite. Mediante su particular capacidad de descodificación a través de las palabras y del gesto, interpreta esas señales atribuyéndoles un sentido, nombrando y significando estados afectivos y experiencias emocionales, transformándolas en símbolos. Es decir, que por intermedio de su “habla” nombra cada parte del cuerpo del niño y transmite simultáneamente el espacio fantasmático que va a ser ocupado por las zonas erógenas:

del mismo modo, le transmite la naturaleza de la relación zona-objeto, lo que origina el esquema de base del psicósoma.

De este modo, la excitación adquiere calidad y se liga a las representaciones que posibilitan el acceso a lo simbólico, al pensamiento y, posteriormente, al lenguaje. Esto significa que el cuerpo, para el Psicoanálisis, es un cuerpo subjetivo poblado de pulsiones que lo animan. Inmerso en un universo de representaciones, se asume como lugar donde se instala la vivencia. La construcción de este cuerpo, apenas posible en la alteridad que iba a retirarlo del orden autoerótico en favor del investimento objetal, es indisociable de la génesis del psiquismo, reforzando así la importancia de la unidad psicósomática como garante de vida.

#### **IV.2.1. Cuerpo-psyque: ¿una relación de continuidad o discontinuidad?**

<p><i>El hombre es psicósomático por definición (Marty, 1990, p. 17).</i></p>
---

En patología psicósomática, el cuerpo se presenta como plataforma del sufrimiento del sujeto, en último extremo, desubjetivado. El enfoque psicósomático de las enfermedades orgánicas implica investigar la relación del sujeto con el cuerpo consciente e inconsciente. ¿Qué relación se puede establecer entre cuerpo y psyche? ¿Es el sufrimiento psíquico el que desencadena el sufrimiento en el cuerpo o sucede al contrario?

La pulsión, como clave del funcionamiento del psicósoma, traza la trayectoria de lo corporal a lo psíquico, suponiendo un cierto grado de integración. ¿Pero bastará para asegurar un funcionamiento mental saludable?

El Psicoanálisis nació de la necesidad de interpretar el sentido inconsciente de los fenómenos somáticos que se observaban en la histeria. Sin embargo, en la conversión histérica el sujeto mantiene el acceso a la representación, aunque confunda el componente afectivo penoso con la sensación corporal mediante el recurso a mecanismos defensivos que le permiten proceder de este modo. En la psicosis, así como en algunas neurosis como la neurosis traumática, una enfermedad somática puede contribuir a la mejoría de los síntomas psíquicos, por alteración en la economía subjetiva. Esto significa que en ambas —neurosis y psicosis— la continuidad cuerpo-psyque se preserva aunque se reconozca un funcionamiento psicopatológico en curso. En



este sentido, la relación de continuidad no basta como criterio o sinónimo de salud mental.

La continuidad somato-psíquica no es algo dado, adquirido e inmutable: puede soportar discontinuidades aunque exista siempre, mientras que haya vida psíquica. Lo biológico es una condición necesaria pero no suficiente para la *materialidad representacional*. Esta condición cierra la posibilidad de intercambios entre lo psíquico y lo somático en términos de pasaje de lo biológico a lo representacional y viceversa: así, ni la biología segrega por sí misma representación ni mucho menos le otorga calidad, ni el psiquismo puede producir por sí mismo *alteraciones biológicas que consistan en transcripciones discursivas a lo somático* (Bleichmar, 2005, en Maladesky, 2005, p. 69).

Sin embargo, en el caso de los trastornos somáticos graves, el sufrimiento psíquico en cuanto que desconocido, es ignorado, pudiendo *no existir una vía de acceso para los representantes psíquicos del sufrimiento, sea psíquico o somático* (Fleming, 2003, p. 31). El problema es justamente el bloqueo representacional y afectivo que impide al sujeto reconocerse y apropiarse de su cuerpo. Esto significa que el funcionamiento psicopatológico en curso tiene que ver con la ruptura con lo simbólico y en último extremo, con la escisión psique-soma, configurando una discontinuidad: el cuerpo erógeno, en cuanto cuerpo del deseo y mantilla de subjetividad que funciona como un símbolo investido de significación, se disipa.

Desde el punto de vista del paralelismo psicofísico, prevalece la idea de continuidad: los estados de consciencia y los procesos orgánicos se influyen recíprocamente (Chiozza, 2005). Lo psicológico surge como resultado del funcionamiento de un aparato vinculado específicamente a la existencia del cerebro, considerado *órgano corporal y escenario* (Freud, (1940 [1938]b) de la vida anímica, y que interfiere en los actos de consciencia: es decir, que existe una relación privilegiada entre el psiquismo y el funcionamiento cerebral en la cual el primero es un fenómeno del segundo. De hecho, Freud (1920) compara la consciencia, en la cual se produce el encuentro entre las percepciones del mundo y las sensaciones del cuerpo, con la corteza cerebral. Sin embargo, sostiene también que el sistema percepción-consciencia envuelve a los otros sistemas psíquicos: las funciones fisiológicas son la manera en que lo psíquico genuino se presenta a la consciencia cuando el significado de la función permanece inconsciente. Así, y aunque parta del paralelismo psicofísico, Freud se aleja

de esta posición, planteando que lo psíquico genuino es inconsciente y que la consciencia es una cualidad accesoria. De hecho, psíquico no es lo mismo que consciente (Freud, 1940), lo que implica reconsiderar la relación *cuerpo-alma*<sup>70</sup> y *trascender la tesis del paralelismo psicofísico* (Chiozza, 2005, p. 82).

Lo psíquico genuino posee dos formas de presentarse a la consciencia: lo psicológico consciente y procesos que solo conscientemente son somáticos y que inconscientemente constituyen lo que Freud llama lo psíquico genuino. En este sentido, lo somático es el psiquismo inconsciente cuando penetra en la consciencia como un fenómeno material privado de su significado inconsciente: *un cuerpo vivo no genera, entonces, el psiquismo inconsciente, sino que un cuerpo vivo es, en sí mismo, psiquismo inconsciente* (Chiozza, 2005 en Maladesky, 2005, p. 88).

De este modo, la Psicología Psicoanalítica, al tratar de insertar el psiquismo inconsciente, se aleja de las posibilidades de causalidad y revisa la relación cuerpo-mente. Una psicología que parte del paralelismo psicofísico es anti psicoanalítica, pues la mutilación del inconsciente es contraria a los principios fundamentales del Psicoanálisis (Chiozza, 1998). En este sentido, hay que distinguir entre “mental” y “psíquico”: la discontinuidad, será de la mente.

#### **IV.2.2. Apuntalamiento y el desarrollo del cuerpo erótico**

*La pulsión, al igual que las representaciones que le darán anclaje, viene del otro desde el principio* (Gutiérrez, 2010, p. 740).

Para Freud (1938, p. 202), el *origen del amor está vinculado a la satisfacción de la necesidad de nutrición*. La pulsión, fundamento y fuente de dinamismo de la vida psíquica, se apunala en los procesos vitales (Laplanche, 1970) y se presenta como *representante psíquico de excitaciones nacidas en el interior del cuerpo que llegan al psiquismo, como una exigencia de trabajo impuesta a lo psíquico en razón de su vínculo con lo corporal* (Freud, 1915, p. 142). Producto y base del trabajo de transformación de la excitación corporal, se define en la frontera entre lo somático y lo psíquico, como representación de la excitación endosomática resultante de las

---

<sup>70</sup> “Mente” y “psiquismo” se utilizan cuando se trata de aludir al término “alma” de Freud (Etcheverry, 1978 en Maladesky, 2005)

percepciones internas y externas en la relación con el objeto (Freud, 1915). Como responsable de la organización y dinámica subjetivas se presenta como vector somapsíquico, siendo la unidad psicosomática el lugar de movimiento de fuerzas a las que las representaciones darán sentido (Sechaud, 2010, en Aisenstein, 2010). *La noción de trabajo implica la transformación que debe aportársele al estado interno en desequilibrio a través de los canales de la demanda, de acuerdo con las condiciones que gobiernan la realidad. Este trabajo, remite a una doble bipartición: intrapsíquica e intersubjetiva, apuntalada sobre un modelo que reúne dos psiquismos, y con relación al objeto que puede aportar la satisfacción* (Green, 2005, p. 279).

La organización del cuerpo erótico supone el apuntalamiento de la pulsión sobre la función fisiológica, *operación fundante de la sexualidad psíquica que permitirá al niño convertirse en sujeto de su deseo* (Dejours, 1992, p. 106), mientras que cimenta el sistema pulsional. Sobre el cuerpo biológico, sede de la necesidad, se acopla la sexualidad, en un primer momento autoerótica, reconociéndose la relación de apoyo entre pulsiones sexuales y autoconservativas (Mijolla; Mijolla-Mellor, 2002): las pulsiones sexuales surgen secundariamente a su apuntalamiento sobre las funciones biológicas, que les dan una fuente, un objeto, y organizan su direccionalidad.

La concepción freudiana de apoyo es así esencial para el paso del orden de lo vital, de la necesidad, al orden del deseo, característico de la sexualidad (Laplanche, 1970): derivación que se sostiene en una ruptura fundamental entre la discontinuidad que rige los mecanismos de lo biológico y una cierta continuidad que condena el deseo a no ser nunca saciado (Mijolla y Mijolla-Mellor, 2002). Son las necesidades o pulsiones autoconservativas las que incitan a este circuito de representación: el apoyo promueve el funcionamiento de la pulsión sexual parcial y la estructura del deseo. Considerar la hipótesis del apoyo de la sexualidad en el universo autoconservativo (Laplanche 1985) aporta contribuciones de relieve a la comprensión de las manifestaciones psicosomáticas, que pueden precisamente resultar de fallos en la erotización del cuerpo.

El apuntalamiento permite comprender el movimiento posterior de liberación de lo sexual con respecto a la satisfacción de las necesidades: la pulsión se separa parcialmente del instinto, permitiendo que el registro del deseo instaure su primacía sobre la necesidad, que la excitación se transforme en angustia, y que del dormir se pase a la posibilidad de soñar. Será entonces esta la justificación para que, en la fase oral, por

ejemplo, primera etapa del desarrollo psicosexual, el bebé obtenga placer en la actividad de succión/chupeteo independientemente de sus necesidades alimentarias: investida de carga pulsional, la mucosa oral se constituye como zona erógena privilegiada. Así, es a partir de los primeros intercambios entre el bebé y la madre que se producen las primeras inscripciones pulsionales en torno de las cuales el aparato psíquico se va a estructurar.

Las pulsiones de autoconservación tienen desde el inicio un objeto para su satisfacción, pero cuando se pierde este objeto, la pulsión se vuelve autoerótica y luego surge la necesidad de búsqueda de otro objeto. También el residuo de insatisfacción, que siempre permanece en el reencuentro con el objeto de la pulsión, mantiene y provoca una excitación pulsional interna, que a la vez requiere el objeto o nuevos objetos. Esto contribuye al desarrollo y la complejidad de la estructura pulsional y del aparato psíquico debido a la internalización de los objetos, hecho por el cual Freud plantea que cada encuentro es, en realidad, un reencuentro.

#### **IV.3. El objeto en los orígenes y desarrollo del psiquismo**

A partir del cuerpo, el bebé hace un reconocimiento de su entorno, de su mundo interno en relación con el mundo y con los objetos externos internalizados a continuación. El modelo freudiano del apoyo encuentra su verificación en la seducción primaria por la madre, en cuanto objeto-fuente de la pulsión que posibilita la introyección primaria constitutiva del aparato psíquico.

Las necesidades corporales contribuyen al mantenimiento de la proximidad, favoreciendo los aspectos identificatorios. El funcionamiento psíquico de la madre (sus fantasmas, sexualidad, historia, neurosis infantil), marca de manera singular el diálogo que establece con su bebé, hasta el punto de inscribir las marcas de su propio inconsciente. De hecho, sus potencialidades solamente se concretizarán en el encuentro con el objeto: el niño es como un diamante en bruto que necesita pulirse.

En la literatura psicoanalítica, el objeto surge muchas veces contrapuesto a la pulsión. Sin embargo, *la línea directriz del psiquismo oscilará entre las dos orientaciones intrapsíquicas e intersubjetivas, ambas productoras de sentido y*

*creadoras de objetos, que elevan las relaciones anudadas por la actividad psíquica a un nivel de mayor complejidad* (Green, 2005, p. 247).

De este modo, la delegación del soma en la psique o la traducción de la excitación somática en lenguaje psíquico es una vía intrasubjetiva que se articula con otra intersubjetiva. El objeto es necesario para que la pulsión cumpla el trayecto desde la excitación endógena hasta la representación psíquica. Es decir, que objeto y pulsión se modifican mutuamente e interactúan en busca de su complementariedad. Así, hay que considerar el funcionamiento psíquico en la relación de la pulsión con el objeto, sin oponer la teoría de las pulsiones a la teoría de las relaciones objetales (Green, 2010).

#### **IV.3.1. El papel del objeto en el pensamiento freudiano**

En *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1895), Freud establece la relación entre dolor y desamparo considerando este como condición primera de la especie humana y fuente primordial de todas las *motivaciones morales*. El estado de desamparo original deja al bebé bajo la total dependencia del otro materno, que deberá funcionar también a modo de paraexcitación, protegiéndolo de las excitaciones intensas provenientes del mundo exterior. La meta es garantizar un cierto dominio para que las grandes cantidades de excitación, interna y externa, puedan ser transformadas, sin amenaza de ruptura. Las experiencias traumáticas que destronan el Principio del Placer inmovilizan las defensas porque las excitaciones son tan fuertes que rompen la barrera de protección.

La insuficiente elaboración del papel del objeto en la comprensión del funcionamiento mental es una de las críticas dirigidas a Freud (Green, 1995): el objeto no solo como objeto psíquico sino también como objeto real y externo no fue debidamente explorado en su obra, aunque el camino al que apunta Freud parezca tomar esa dirección y reconozca que investigar el lugar del objeto es inevitable.

De entrada, Freud plantea las pulsiones como originarias de la constitución de la subjetividad, y los objetos como secundarios, lo que presupone el predominio de la dimensión intrapsíquica. Sin embargo, la revolución metapsicológica de los años 20 ocurre precisamente cuando, de acuerdo con el pensamiento freudiano, el objeto se revela como fundamental y cada vez más relevante en la constitución del psiquismo. No

obstante el relieve dado a lo intrapsíquico, que es necesario para los planteamientos metapsicológicos iniciales, dirige su interés hacia la dimensión intersubjetiva: toda la psicología es social y el sujeto debe considerarse siempre en su dimensión social y cultural, pues el desarrollo se produce por medio de las relaciones intersubjetivas (Freud, 1921).

Para Freud, el objeto nace del odio al exterior, objeto y odiado son, en un primer momento, idénticos. El odio proviene de la repulsa originaria que el Yo narcisista establece en oposición al mundo exterior y resulta de la frustración y de la angustia que se genera. Sin embargo, la investigación de los fenómenos de intrincación<sup>71</sup> y desintrincación pulsional llevó a un cambio de perspectiva en la conceptualización del objeto, que emerge entonces como determinante originario de la constitución de la subjetividad. Reconociendo la ambivalencia en la relación con el objeto, en él se conjugan amor y odio, o sea, libido y destructividad. En este sentido, la función materna es esencial para la intrincación pulsional.

#### **IV.3.2. Importancia de la cualidad del objeto**

Ningún psiquismo puede instaurarse ni experimentarse como tal sin ser pensado desde un principio por otro psiquismo (Golse, 2002).

La cualidad del objeto es un tema de suma importancia: lo psíquico nace del encuentro entre un acontecimiento que tiene lugar en el seno del sujeto y este encuentra su reflexión o su complementariedad en el otro semejante (Green, 2005, p. 244). El amor nace al satisfacerse la necesidad, ya sea sucediéndole o como consuelo por una insatisfacción momentánea (Green, 2006). Las experiencias relacionales, eje de la organización psicosomática, son fuente de representaciones que, investidas por esa energía, por esa pulsión, iban a constituir la materialidad del psiquismo tanto consciente como inconsciente (Gutiérrez, 2010, p.740).

El desarrollo del cuerpo erótico es una potencialidad inscrita en el patrimonio genético humano. Sin embargo, entre esta potencialidad y su realización hay una distancia que únicamente puede ser franqueada gracias a las relaciones que el niño establece con sus padres (Dejours, 1992, p. 108). La capacidad de simbolizar, de sentir

---

<sup>71</sup> Sadomasoquismo (Freud, 1924).

el dolor corporal y el dolor mental como distintos, dependen de la *calidad de esa relación, más específicamente de la capacidad de la madre de interpretar las expresiones del bebé y de nombrar sus estados afectivos* (Fleming, 2003, p. 31). La estructuración del Yo se produce por el contacto con el otro (Bonomi, 2003).

Todo el objeto está investido por las dos pulsiones, de vida y de muerte, y su intrincación se da en y a través del objeto (Aisenstein, 2010): pulsión de vida —libido— y pulsión de muerte participan en la regulación de los procesos vitales (Freud, 1924), siendo ambas esenciales para el equilibrio dinámico que la unidad psicosomática exige. En este sentido se puede plantear que la pulsión de muerte es esencial, pues una cierta dosis de destructividad es necesaria para neutralizar los efectos potencialmente excesivos de Eros: es decir, que paradójicamente, la potencialidad destructiva de la pulsión de muerte juega un papel fundamental en la estructuración del psiquismo, equilibrándose con Eros<sup>72</sup>. De este modo, considerando que en la mente la representación es un objeto de investimento pulsional, (Green, 1990), su pérdida acarrea una desintrincación pulsional, inundando la mente de un exceso de excitación no ligada. Ese exceso, potencialmente traumático, encuentra en la vía somática una posibilidad de descarga.

El bebé pasa por momentos de fusión-indistinción y momentos de separación-distinción (Green, 2010). La naturaleza de la respuesta materna influye en la cadena de acontecimientos psíquicos posteriores. El objeto no solo es esencial en el establecimiento de la relación, sino que también asume la función de favorecer la intrincación entre libido y destructividad. En este sentido, las desintrincaciones suelen estar relacionadas con el objeto y se producen posiblemente como consecuencia de su respuesta: de la calidad de respuesta del objeto dependen los fenómenos de intrincación y desintrincación pulsional.

La libido, en su ligazón con el objeto, crea la excitación apropiada que permitirá la organización de la vida mental. De entrada, es el objeto primario que contiene el psiquismo del bebé y que posibilita el encuentro con los primeros significantes elementales del contexto a que pertenece. Este primer tiempo se desarrolla imperativamente bajo el escenario de la presencia materna. En el curso de las relaciones

---

<sup>72</sup> Esencial ante los riesgos de indiferenciación fusional; la positividad de la pulsión de muerte se va a desarrollar en el capítulo VI.

objetales, el niño deberá ser capaz de evocar simbólicamente a la madre ausente, lo que implica el paso del *estatuto de objeto continente al estatuto de objeto contenido, a través de la introyección de la función continente del objeto primario* (Golse, 2002, p.113). El establecimiento de representaciones intrapsíquicas de la relación con el otro, es decir, de objetos internos, permite gradualmente asumir las funciones que originalmente suplen los demás.

Más allá de la ambivalencia, en el ámbito de las relaciones primarias se reconoce una función paradójica inherente al objeto: si por un lado tiene que estimular la pulsión para despertarla, por otro tiene que contenerla, así como permitir su adecuada sustitución por otros objetos. La cualidad de su presencia favorece los procesos subjetivos, entre los cuales se incluye el manejo de la agresividad: implica no ser percibido por el bebé al ejercer los cuidados maternos que se le dirigen, fallándole gradualmente (García, Damous, 2009). En este sentido, su ausencia se reconoce como presencia potencial y va a permitir la borradura del objeto primario a través de la internalización: el objeto se transformará en estructura psíquica.

Un déficit en el objeto primario hace que fracase la posibilidad de proporcionar una barrera protectora contra el exceso de estímulos, lo que favorece una estructura traumática precoz, más allá del principio del placer. La consecuencia principal de la *carencia del objeto es que imposibilita la vivencia de los movimientos pulsionales de un modo tolerable, sin posibilidad de un receptáculo que asegure un sentimiento de libertad y realidad, es decir, una matriz fantasmática para su deseo* (Mijolla, 2002, p. 207). Ante las dificultades inherentes a un objeto inapropiado o poco fiable en cuanto aporte de excitación, el sujeto busca modos de relación anteriores más sólidos, a través de las formas agresivas de la pulsión. Este modo relacional permite mantener una cierta distancia protectora con relación a la pérdida de individualidad. Esto se hace con pérdidas de energía y, consecuentemente, con la disolución de ligazones, lo que imposibilita la construcción o potencia la deconstrucción de la representación psíquica: la cantidad de excitación aumenta y los afectos irrumpen sin posibilidad de representación. Estos movimientos que impiden el acceso a las representaciones traducen el trabajo de la pulsión de muerte.

Si el objeto primario es intrusivo, los mecanismos de defensa pueden intensificarse y bloquear el acceso al sujeto: así, la retirada a un caparazón puede surgir como modo de supervivencia. Esta reacción de retirada ante una excitación excesiva o



inapropiada desde el punto de vista cuantitativo o cualitativo puede, en último extremo, imposibilitar el acceso a la excitación necesaria para mantener la dinámica autoorganizadora, entrando en una desorganización mental que lleva la marca de las pulsiones agresivas. La estructura defensiva rígida y densa lleva al encerramiento en uno mismo, pues el exceso de agresión aparta al otro capaz de dotarla de sentido. Emerge entonces un ciclo vicioso de desorganización que no permite que ningún objeto se acerque, algo típico de la configuración mental de las desorganizaciones somáticas graves: el sujeto se encuentra privado de un objeto que pueda dar un sentido a la agresividad<sup>73</sup>. Esta configuración desorganizativa también es un efecto de la pulsión de muerte.

Las experiencias sucesivas de satisfacción permiten la construcción de trazos de memoria y la posibilidad de representación del objeto, lo que favorece las ligazones de la excitación.

#### **IV.3.3. El sistema paraexcitatorio como garante del funcionamiento psicosomático del sujeto**

Aunque desde 1895 plantee la existencia de aparatos protectores contra la excitación externa amenazante, Freud solo introduce el término paraexcitación en *Más allá del principio del placer* (1920), coincidiendo con la introducción del concepto de pulsión de muerte: relaciona la existencia de aparatos protectores con el principio de inercia. A continuación, reconoce que la constitución de defensas es, en esencia, una protección contra las excitaciones internas, garantizada por un investimento y desinvestmento periódicos en el sistema percepción-consciencia (Laplanche, 1990).

*La agresividad primitiva se ubica en el cuadro de la segunda tópica, en la deflexión de la pulsión de muerte* (Cupa, 2006, p. 14). Sin embargo, en *Los tres ensayos sobre teoría sexual*, Freud (1905) considera la existencia de una *pulsión de crueldad*, independiente de la actividad sexual de las zonas erógenas, pero que todavía permanece ligada a la pulsión sexual. Esa pulsión de crueldad está relacionada con una destructividad originaria autoconservadora, en pro de la constitución del Yo (Cupa,

---

<sup>73</sup> Del mismo modo se justifica también la dificultad y las particularidades del trabajo psicoanalítico con estos pacientes.

2006), una pulsionalidad agresiva, cronológica y lógicamente anterior a las pulsiones libidinales, que se manifiesta impiadosamente en un dinamismo primitivo, sin amor ni odio, pero de forma hostil. Como sujeto y objeto no están aún diferenciados, esa destructividad es amenazante, por lo cual la función del objeto se desvela esencial: al fomentar la intrincación pulsional asegura la integración y la continuidad somato-psíquica.

Al describir la formación del Yo, Freud (1923) insiste particularmente en la función paraexcitatoria. El pensamiento, en cuanto sistema más estructurado del psiquismo y actividad compleja del Yo, se organiza y se matiza por la perspectiva de la necesidad de aporte de excitación y el riesgo de desorganización. Se estructura en contacto con la realidad pero, simultáneamente, necesita de una cierta distancia para no ser invadido por ella misma. La función paraexcitatoria de la madre fomenta la adquisición de capacidades autorreguladoras de los estímulos que permitirán al niño protegerse contra invasiones potencialmente traumáticas. Un objeto fiable y consistente permite la internalización de una paraexcitación adecuada que potencia la mentalización.

La barrera paraexcitatoria involucra al Yo (Laplanche, 1980): para dominar el aporte de excitación, la internalización de la función paraexcitatoria es esencial y juega un papel crucial en todo lo relacionado con la gestión de la excitación. Promueve gradualmente la desomatización del psiquismo (McDougall, 2001) en el sentido del trabajo de psiquización (Smadja, 2010).

Cuando la figura materna no desempeña satisfactoriamente la función paraexcitatoria debido a carencias o a excesos, el niño no es capaz de *elaborar psíquicamente las señales que el propio cuerpo emana* (Peres, Santos, 2006, p. 247). En consecuencia, la excitación endosomática falla en su proceso de transformación y permanece en la frontera entre soma y psique, inscrita tan solo como un trazo sensorial: esta carencia de representación psíquica impide que las sensaciones adquieran un sentido, potenciando la vulnerabilidad psicósomática. Las dificultades en la regulación de los estados de tensión y de los afectos comprometen la integración del *self* corporal y *self* psicológico.

Si por un lado hay que evitar que el bebé permanezca sometido a excitaciones demasiado fuertes y duraderas, ya sean externas o internas, por el otro se corre el riesgo de querer reducir demasiado las excitaciones que afectan al bebé, lo que impediría la

creación de fijaciones y mecanismos de defensa. Es decir, que los sistemas paraexcitatorios de la madre no pueden utilizarse ni en exceso ni de forma insuficiente, pues pueden conducir a dificultades en la elaboración de los mecanismos de defensa del niño y potenciar futuras desorganizaciones somáticas graves (Jaegre, 2009). La red de representaciones favorece las ligazones de la cantidad de excitación, aunque con frecuencia sean insuficientes debido al desamparo del bebé o porque las representaciones se han alejado por la angustia o han sido forcluídas como defensa.

Excitación y paraexcitación son esenciales para el desarrollo del aparato psíquico: es en este equilibrio entre exceso e insuficiencia donde reside la delicada naturaleza del papel materno.

#### **IV.3.4. Sobre la identificación primaria como base de la constitución del Yo: alteridad y cuerpo erógeno**

El cuerpo es al mismo tiempo sensorial y pulsional. Para la constitución del cuerpo erógeno son necesarias dos condiciones: un discurso sobre el cuerpo enunciado por la madre y la posibilidad del Yo de construir la historia del cuerpo. La imagen corporal es una parte del Yo anticipado en el discurso materno. La madre, en cuanto objeto primario, está en el punto de encuentro de la búsqueda, del deseo y de la necesidad. El cuerpo solo existe en la alteridad, bajo la mirada de otro que lo dibuja eróticamente, lo nombra y contribuye a su inscripción en la red simbólica. Es decir, que el cuerpo mantiene la marca del deseo del portavoz, de su pasado y de su propia economía psíquica (Aulagnier, 1980). Es a partir de esta *dinámica que se establece entre el cuerpo, la psique y el Otro* (Arnoux, 2006, en Cupa, 2006, p.98), que la psique piensa el cuerpo.

La necesidad del objeto en un primer momento, o de su representación cuando se accede a esa posibilidad, es una necesidad vital y continua para el sujeto. Previa a toda investidura (Freud, 1921; 1923), la identificación primaria abre la posibilidad de la libido de separarse del objeto mientras se dirige hacia el Yo, identificándose con él. Este proceso de identificación con la función nutricia y protectora conduce al sentimiento de identidad: la introyección del objeto a través de la identificación primaria es la base de la constitución del Yo.

Si la relación con el objeto en función materna no permite esta identificación primaria, los fallos en la matriz identificatoria repercutirán en el desarrollo: los fallos de investimiento materno tienen efectos perjudiciales en la cualidad de las identificaciones primarias, ya que interrumpen el proceso alucinatorio del bebé y el dinamismo de sus autoerotismos.

#### **IV.4. La representación en Psicoanálisis**

La vida psíquica asume como condición la posibilidad de representación y necesita de un entorno que respete las exigencias del psiquismo. Partiendo del sistema sensitivo-perceptivo, la demanda pulsional de representación es esencial (Aisenstein, 2010) y constituye los fundamentos del pensamiento. En función de su historia, cada sujeto posee un mundo interno único, con sus propias representaciones mentales. La representación es un fenómeno cuya función está muy vinculada con la estructuración del aparato psíquico y mental, tanto inconsciente como consciente, abarcando los tres vértices de la teoría psicoanalítica: topográfico, económico y dinámico. *El psiquismo es el espacio en el cual puede advenir lo representable* (Green, 2005, p. 279).

La teoría psicoanalítica enseña cómo la psique se desarrolla a partir de las pulsiones, lo que implica la ligazón entre los dos elementos esenciales de la vida psíquica: afecto y representación. Esta ligazón es responsable del trabajo de elaboración psíquico y permite ascender a niveles simbólicos cada vez más complejos. Representación y afecto hacen posible el acceso a la pulsión: *si la pulsión no estuviera ligada a una representación o si no apareciera bajo la forma de estado afectivo, no podríamos saber nada sobre ella* (Freud, 1915, p. 83).

La primera condición de representabilidad se relaciona con el cuerpo: las primeras interacciones, profundamente marcadas por la sensorialidad, son magistrales. El paso del soma a la psique es fruto del primer intento del bebé —aún desprovisto de función simbólica— de superar el dolor físico, la frustración y el vacío, experiencia que deja marca en la realidad psicosomática del sujeto.

Es decir, la construcción y adquisición de la unidad psicosomática *exige que la imagen del cuerpo y la de las zonas erógenas, junto con la carga afectiva que se asocia a cada una de ellas, sean accesibles al orden simbólico* (McDougall, 1991, p. 157).

El campo de la representación se extiende por tres dimensiones fundamentales: el cuerpo, cuya *representación se despliega en un campo que va desde las vivencias corporales más fundamentales hasta su apariencia* (Green, 2005, en Maladesky, 2005, p. 148); la representación del mundo, que cubre la representación de cosas, y la representación del otro, donde se inscribe el lenguaje. Pensar es, en última instancia, tener *representaciones de uno mismo, representaciones del mundo y representaciones de sí mismo con y en el mundo* (Golse, 2002, p. 166).

La exigencia de satisfacción pulsional tras el empuje continuo puede alcanzarse por medios motores o de forma más elaborada y satisfactoria, gracias a la formación de representaciones mentales que se van instaurando y van *tejiendo la cadena asociativa que hace la riqueza de la psique individual* (Castellano-Maury, 2001, p. 55). Así se crea progresivamente una *imagen corporal, una representación mental del cuerpo, sostén fundamental de la estructura psicosomática* (Milheiro, 1999, p. 34): soma y psique, en un comprometimiento unitario que se autoorganiza y regula. Para el Psicoanálisis, el cuerpo es un cuerpo subjetivo, el lugar donde la vivencia se instala, indisociable de sus posibilidades de representación.

En la cuestión de la representación en psicosomática, hay que considerar tres tipos de frontera: una frontera somatopsíquica, ubicada entre soma y psiquismo inconsciente, que es el trayecto que las excitaciones endosomáticas deben cumplir para manifestarse psíquicamente, o sea, las pulsiones. Una segunda frontera que es la frontera paraexcitatoria, que demarca los territorios de adentro y afuera, entre Yo y no-Yo, entre el individuo y la realidad externa. La tercera, que desarrollamos a continuación, se basa en la matriz de la primera tópica freudiana: el preconscious, que separa el psiquismo consciente del psiquismo inconsciente.

#### **IV.4.1. Afectos y representación: expresión psíquica de la pulsión**

La vida psíquica se plantea a partir de la metapsicología de los afectos y de las representaciones: de su unión surgirá un tejido psíquico cada vez más amplio (Lenarduzzi, 2005). Freud (1915) distingue representación, que se define como un investimento de trazos mnémicos, de afecto, que sería la cantidad psíquica ontológicamente ligada a las fuentes somáticas de la pulsión (Smadja, 2011). Esta

distinción<sup>74</sup>, que sirve de base explicativa de los primeros modelos teóricos de las psiconeurosis, implica la posibilidad de que asuman destinos diferentes.

El *quantum* de afecto se refiere al aspecto estrictamente económico que corresponde a la pulsión separada de la representación. El encuentro entre el *quantum* de afecto y una imagen-representación acoge la excitación y promueve cadenas asociativas significativas que posibilitan el dominio de la excitación a través de la elaboración psíquica y la descarga adecuadas: es una experiencia emocional marcada por la subjetividad, que permite que el *quantum de afecto* se vuelva consciente como afecto cualificado. Esta “ligadura” está ausente en los pacientes psicósomáticos (Ulnik, López Sánchez, 2002).

El tratamiento psicoanalítico busca justamente conectar el afecto con la representación correspondiente de la que se desprendió originariamente (Freud, 1894): el afecto libre, desligado de representaciones, encuentra en la somatización una posibilidad de descarga. Las representaciones quedan así indisolublemente ligadas al concepto de pulsión, sostén de los fenómenos psíquicos.

El afecto ocupa un lugar fundamental en psicósomática (Smadja, 2010, en Aisenstein, Aisemberg, 2010). Primario a la representación (Freud, 1915), exige trabajo al psiquismo, que necesita de ella para volverse consciente. Sin embargo, *es a la vez tensión y descarga, en cuanto que consiste en una descarga interna que aumenta la tensión* (Ulnik, López Sánchez, 2002, p. 155). Existe una diferencia notable entre afecto y representación inconsciente: esta, una vez reprimida, permanece en el sistema inconsciente como formación real, mientras que *al afecto inconsciente no le corresponde en ese mismo lugar nada más que un rudimento que no ha llegado a desarrollarse* (Kauffman, 1996, p. 39). De hecho, no hay afectos inconscientes del mismo modo que hay representaciones inconscientes. La represión, sea primaria o secundaria, solo puede ejercerse sobre las representaciones: lo que se reprime es la representación originaria, que se inscribe en el inconsciente bajo la forma de trazos mnémicos: la represión se produce para impedir el desarrollo del afecto (Freud, 1915).

Así, en rigor, solo en el nivel del sistema preconscious-consciente se puede sostener que la pulsión se representa mediante el afecto. Aún así, en el sistema inconsciente puede haber afectos que se desarrollen y se vuelvan conscientes como las

---

<sup>74</sup> Con la teoría del trauma desarrollada a continuación, el hecho traumático refuerza esta distinción.

representaciones: la diferencia está en que las *representaciones son inversiones de huellas mnémicas, mientras que los afectos corresponden a procesos de descarga cuyas manifestaciones finales se perciben como sensaciones* (Kauffman, 1996, p. 39).

En una nota a pie de página en *La concepción de las afasias* (1891), Freud plantea que la idea de representación se basa en una lógica asociacionista en la cual las representaciones se explican por medio de impresiones o conjuntos de impresiones, como un aglomerado de datos adquiridos sensorialmente y organizados por cadenas asociativas. Sin embargo, la teoría de la representación sufrió múltiples añadidos a lo largo de los desarrollos metapsicológicos.

Aunque Freud defina la pulsión como representante psíquico, también se refiere al representante psíquico de la pulsión (Green, 2005). Pero, si por un lado la pulsión representa algo, por el otro también es representada. ¿Qué representa ella? Representa el cuerpo y sus excitaciones. ¿Y quién es su representante? Es representada por su representante psíquico: representante-representación y afecto o representación afectiva. De hecho, las pulsiones inconscientes pueden ser representadas tanto por el *quantum* de afecto como por el representante representativo: *la pulsión sale a la luz como representación o como afecto* (Ulnik, López Sánchez, 2002, p. 161).

El trabajo de psiquización del cuerpo (Smadja, 2010) depende del equilibrio entre los mecanismos de ligazón y desligazón en el par afecto-representación (Green, 2010) y se fundamenta precozmente en la formación y dinamismo de la célula pulsión-objeto. Definida como representación inconsciente, la célula pulsión-objeto asume un sistema de representación doble: está constituida por el investimento de la representación psíquica que viene del cuerpo (representación psíquica de la pulsión que exige satisfacción) y por la representación de cosa que viene del mundo externo. El representante psíquico de la pulsión va en busca del representante del objeto (representación-cosa) y ambos constituirán el representante representativo o representante ideico, centro de la actividad psíquica: *la cooptación entre representantes psíquicos de la pulsión y representaciones inconscientes de cosa u objeto es lo que constituye la matriz de simbolización constitutiva del inconsciente* (Green, 2005, p. 280). Es decir, la cosa u objeto representado es lo que satisface la pulsión y se hace representar a sí mismo por su representante psíquico (Smadja, 2011).

Las representaciones de palabra, matriz del pensamiento simbólico (Lenarduzzi, 2005) se agregarán a las representaciones de cosa, cooptación que podrá, *más adelante y*

*gracias a una ulterior elaboración, escindirse en representante-representación y afecto: afecto desprovisto de cualidades en el inconsciente y que en ese nivel se manifiesta sobre todo como intensidad de investidura* (Green, 2005, p. 280).

Por tanto, puede hacerse una distinción entre el representante psíquico de la pulsión *como primer bosquejo de un sujeto* y la representación de cosa u objeto *como aquel bosquejo correspondiente al objeto antes de ser conocido como tal* (Green, 2005, p. 280) y reconocido como separado. En este sentido, el objeto revela la pulsión y, sin esa conexión primitiva, el cuerpo permanece separado del mundo de los objetos.

A partir de la célula primordial pulsión-objeto, puede describirse el proceso de formación de los distintos elementos del sistema representacional de la vida psíquica: en el inconsciente, el representante-representación y el *quantum* de afecto. A partir de ahí, sus trayectorias asumen destinos separados. El representante-representación de cosa en el inconsciente se asociaría en el preconscious a la representación de palabra, pudiendo entonces acceder a la consciencia. El *quantum* de afecto se asociaría a representaciones dependiendo de la calidad y riqueza de las ligazones psíquicas. Sin embargo, puede acceder directamente a la consciencia y dar como resultado una descarga desorganizada y bruta (Freud, 1923) bajo la forma motora o sensitiva, configurándose eventualmente como enfermedad orgánica.

La existencia de representaciones mentales es la garantía de lo que de las percepciones tuvo lugar: todas las *representaciones se originan de las percepciones y son repeticiones de estas* (Freud, 1925, p. 267). Es decir, que el pensamiento comienza a organizarse primero y antes que nada en las sensaciones corporales que acceden progresivamente al estatuto de percepciones: inscritas como representaciones estructuran el aparato psíquico.

Una vez que se produce la satisfacción, una imagen mnémica (una representación) de algún aspecto de esa vivencia queda asociada al trazo mnémico de la excitación producida por la necesidad. Se forma así un vínculo entre la representación de la excitación y la imagen mnémica de la percepción de la satisfacción. Las experiencias de relación con los objetos, o con el propio Yo en el autoerotismo, van a producir huellas; la pulsión, la energía del Ello, se liga en parte a esas representaciones (de entrada de modo precario, en el proceso primario), constituyendo así los deseos (Gutiérrez, 2010).



La condición de representabilidad es necesaria para que la energía libre, no ligada, se convierta en energía ligada: para contenerla, es esencial que se ligue a representaciones satisfactorias o insatisfactorias. En este sentido, el objeto es fundamental en el acceso a la posibilidad de representación: es a través de la catexización libidinal de los objetos que estos se hacen representables en el aparato psíquico. Si la cantidad de excitación endosomática falla en su transformación psíquica, permanece como cantidad libre y no ligada. Carente de representación, invertirá en los trazos prepsíquicos, conducirá a la compulsión a la repetición y encontrará en la somatización uno de sus destinos posibles.

La representación da cuenta de las variadas formas en que el psiquismo se presenta y se inscribe en estructuras diferenciadas. La distinción entre Eros y pulsión de muerte puede plantearse a partir de la representación: mientras que Eros es una pulsión organizada y representada en la psique, la pulsión de muerte es una cantidad desorganizada, prepsíquica, en la frontera entre soma y psique.

#### **IV.4.2. Representación de cosa y representación de palabra**

La distinción entre representación de cosa y representación de palabra surge por primera vez en *La concepción de las afasias* (Freud, 1891): la representación de objeto se plantea como representación de objetos externos pertenecientes a la realidad material. En la carta 52, Freud (1896) ubica las representaciones de palabra en el preconsciente.

Esta distinción fue reintroducida posteriormente en *El inconsciente* (1915), momento elegido para ahondar en la cuestión de la realidad psíquica y del par representación-afecto. La representación de objeto consciente se descompone ahora en representación de cosa y representación de palabra, destacándose la importancia de la conexión entre ellas. El producto de esta conexión es la representación mental, susceptible de modificación y control por las actividades del Yo (Zimerman, 2001).

Las representaciones de las cosas están constituidas por las vivencias de orden sensorio-perceptivo experimentadas desde el nacimiento. De naturaleza inconsciente, admiten gran movilización mental y pueden, o no, estar ligadas a afectos. Evocan interiormente las realidades vividas, sin que haya un gran desfase con las cosas percibidas originalmente. Tienen un carácter esencialmente visual y se hallan en una

relación más inmediata con la cosa: dan lugar a asociaciones sensoriales y perceptivas, como también a asociaciones de comportamientos de diversos tipos. La representación de una cosa o de un objeto trata de la *huella mnémica dejada por una experiencia de satisfacción anterior (incluso un fantasma retroactivo de esa misma experiencia)* y donde el objeto que aportó la satisfacción recibió su inscripción correlativa a esa experiencia referencia, pasando ahí a estar representado en el psiquismo (Green, 2005, p. 280).

A su vez, las representaciones de palabras se constituyen a partir de las representaciones de cosas y de las percepciones verbales más primarias y elementales, ocasionadas también en la relación con la madre. Tienen un estatuto más acústico y constituyen lo esencial de las asociaciones de ideas, manteniendo y organizando la comunicación: son fácilmente rescatables por los afectos y por valores simbólicos, también ellos correspondientes a la multiplicación de los intercambios verbales: es función del lenguaje hacer perceptibles los procesos de pensamiento (Green, 2005). La representación que se traduce en palabra no remite a una representación única, sino a una asociación de representaciones: esas representaciones de cosa han sufrido los efectos del proceso primario a través de un juego complejo con otras representaciones de cosa, de modo que lo que aparece ligado a la representación de palabra está desfigurado por esos procesos, tal como las imágenes de un sueño. En este sentido, lo que puede llegar a la palabra (preconsciente) es una trama de representaciones que se ligan a algunas palabras que, como un hilo conductor, posibilitan la simbolización.

De acuerdo con el esquema freudiano, en el inconsciente solo existen representaciones de cosas, mientras que el sistema preconsciente-consciente se compone de representaciones de cosa<sup>75</sup> y de representaciones de palabra. Así, la actividad del sistema preconsciente se puede concebir como una actividad de filtrado de las representaciones de cosa, que solo se abren camino hasta el consciente acoplándose a las representaciones de palabra. Dado su doble aspecto consciente e inconsciente, la representación de cosa articulada con la pulsión y con el lenguaje origina la representación de palabra. El afecto por el lado de la pulsión, y el pensamiento por el lado del lenguaje, fomentan las relaciones en el par afecto-representación, promoviendo la elaboración psíquica. Sin embargo, y aunque ahora ligado, parte del afecto permanece

---

<sup>75</sup> Teoría de la doble inscripción de las representaciones de cosa.

como un *resto pulsional que en sentido estricto la representación no puede reducir* (Green, 2005, p. 281).

#### **IV.4.3. El papel del preconscious**

El sistema preconscious ocupa en términos económicos y dinámicos un lugar fundamental en la regulación económica. Parte dinámica y operativa del aparato mental, es la sede de las representaciones de palabra, y de su calidad depende la organización de las defensas psíquicas hacia situaciones traumáticas. Responsable del par afecto-representación (Fernández, 2002), es el lugar de encuentro donde representación de cosa y representación de palabra se pueden ligar, lo que permite que lo indecible se convierta en pensable. Cuanto mayor es la posibilidad de ligazón, más amplios serán los recursos del sujeto y de la patología para ubicarse en el plan mental. Sin embargo, cuanto menos rico sea el preconscious en relaciones y permanencia de representaciones existentes, más riesgos habrá de que la eventual patología se sitúe en el plano somático (Marty, 1990).

En el preconscious opera primariamente la ligazón entre las demandas pulsionales provenientes del inconsciente y las representaciones susceptibles de acceso al consciente. Desde el punto de vista tópico se distingue del inconsciente porque sus contenidos son más fácilmente accesibles a la consciencia, mientras que el inconsciente está constituido por contenidos reprimidos. Se caracteriza por su fluidez (de las ligazones entre las representaciones y su circulación), espesura (capas de representaciones acumuladas y estratificadas en el curso del desarrollo) y permanencia (disponibilidad de las representaciones). El funcionamiento adecuado del preconscious asegura un papel intermediario paraexcitador, antaño reservado a la función materna (Jaeger, 2009).

El aparato mental se empeña en transformar las impresiones sensoriales en pictogramas, signos o palabras, confiriendo significado a la experiencia. El colapso de la representación, que puede ser debido a condiciones intrapsíquicas y/o condiciones intersubjetivas, imposibilita la elaboración psíquica de la excitación: sin embargo, se *necesita de sentido como de la respiración* (Fleming, 2003, p. 143).

La insuficiente conexión psíquica en las afecciones orgánicas tiene que ver con fallos en la construcción de la representación (Freud, 1894 manuscrito E). En el dominio de los trastornos psicosomáticos, lo que ocurre es una ruptura de las conexiones entre la representación-cosa y la representación palabra<sup>76</sup>. La excitación queda entre el soma y la psique porque la representación ha sido barrida ante la amenaza de una experiencia dolorosa o violenta: emerge así la posibilidad de borrarse como defensa e intento de supervivencia psíquica. Este aspecto es de capital importancia para la comprensión de la patología psicosomática y se va a desarrollar a continuación.

#### **IV.4.3.1. Sobre la mentalización**

La mentalización<sup>77</sup> es un concepto que aunque no pertenezca a la metapsicología freudiana, emerge desde el modelo de funcionamiento mental propuesto por Freud, particularmente de la primera tópica (Bergeret, 1997), donde se destaca el papel del preconscious. Es una actividad intrapsíquica que implica la transformación de la excitación interna, estructurando el progreso de la representación, de la simbolización y de la abstracción, o sea, trata de la elaboración de experiencias en un fenómeno mental cada vez más organizado (Lecours, Bouchard, 1997, en Fleming, 2006). La tolerancia psíquica y la contención son esenciales en este proceso.

La mentalización está relacionada con la actividad representativa y fantasmática del sujeto, particularmente con la calidad y cantidad de representaciones psíquicas que se forman en el preconscious (Marty, 1991). Consiste en operaciones de representación y simbolización a través de las cuales el aparato psíquico busca regular las energías instintivas y pulsionales, libidinales y agresivas, lo que permite el acceso al pensamiento y al lenguaje. Sostiene la fantasía y los contenidos oníricos, lo que facilita las asociaciones y la transformación de las excitaciones internas en pensamiento, elementos esenciales en la regulación del funcionamiento psicosomático. La mentalización es un proceso lento y largo que solicita en el transcurso de la vida una

---

<sup>76</sup> *Verwerfung*, forclusión o repudio (Freud, 1911).

<sup>77</sup> Referido por primera vez por Claparède (1928), el término fue adoptado más tarde por Pierre Marty (1970) para suplir las necesidades de investigación en patología psicosomática.

dimensión cognitiva y una dimensión afectiva. El “desvío por el otro” es esencial en este fenómeno: se mentaliza en y para la relación.

Marty (1990) define las estructuras mentales de acuerdo con su grado de mentalización: la cantidad de representaciones preconscientes resulta de la acumulación de representaciones a lo largo del desarrollo individual. Su calidad está determinada por la disponibilidad de su evocación, por la posibilidad de asociación a otras representaciones, por su permanencia a lo largo del tiempo y por la disponibilidad. Un trastorno de mentalización estaría relacionado con la función insuficiente del preconsciente que dificulta el acceso a la representación y simbolización del sufrimiento psíquico.

Sin embargo, si las representaciones pueden permanecer inaccesibles en el nivel inconsciente, no se puede sostener que el problema se ubique exclusivamente en el preconsciente como plantea Pierre Marty, que se aleja así del pilar del Psicoanálisis<sup>78</sup>. La posición que asume tiene que ver con su concepción errónea de homologar psíquico con mental y, desde luego, mental con preconsciente (Ulnik, 2000). De hecho, la ligazón de representaciones opera en el preconsciente, pero no se puede afirmar que la calidad de la mentalización depende estrictamente de la cantidad y la calidad de las representaciones preconscientes.

De hecho, más allá del grado de mentalización, todas las personas pueden somatizar al optar por recursos motores u orgánicos ante experiencias de vida traumáticas y desorganizadoras (Bellodi, 2001). Freud privilegió el papel del lenguaje en la estructuración de la psique. La ausencia, limitación y superficialidad de las representaciones reducidas a la representación de cosa, la falta de simbolización del discurso y los fallos en la cualificación de los afectos traducen las dificultades de mentalización. Esto corrobora sus aportaciones en cuanto trabajo silencioso de la pulsión de muerte: en los trastornos somáticos, el dolor psíquico se calla, pues el sujeto se desvanece. Así, y más allá del preconsciente, hay que considerar la inexistencia de defensas eficaces para la descarga pulsional, lo que suele llevar a la emergencia sintomatológica: al no ser investida, *la energía pulsional retorna al cuerpo, originando daños somáticos* (Smadja, 2000, p. 103).

---

<sup>78</sup> Este tema se desarrollará con mayor amplitud en el cap. V.2.4.

#### IV.5. Conclusión

Para el Psicoanálisis el cuerpo es un cuerpo erógeno, libidinal y deseante, marcado por la sexualidad: un cuerpo subjetivo que funciona como un símbolo investido de significación, capaz de *obtener placer más allá de la preservación misma, incluso a costa de ésta* (Bleichmar, 2005, en Maladesky, 2005, p. 70). El cuerpo biológico es el soporte fundante del psiquismo, el punto de partida del camino de acceso a la representación. La pulsión, fundamento y fuente de dinamismo de la vida psíquica, se define en la frontera entre lo somático y lo psíquico, lo que implica que estos dos planos se atraviesan necesariamente el uno al otro. Sin embargo, solo una parte del cuerpo biológico se inscribirá como sexual, inscripción que depende del investimento libidinal. Lo psíquico no surge de lo somático, aunque el sostén biológico para implantarse y sostenerse le sea imprescindible (Bleichmar, 2005).

La estructuración y consolidación de la unidad psicosomática exige que la imagen del cuerpo y la de las zonas erógenas, junto con la carga afectiva asociada a cada una, sean accesibles al orden simbólico (McDougall, 1991): la articulación representacional de lo *somático en lo psíquico no se produce en forma directa, sino por mediación de un sistema simbólico* (Bleichmar, 2005, en Maladesky, 2005, p. 70). Este proceso es posible en el contexto de la relación con la madre, que da sentido y significado a la experiencia subjetiva (Frochtengarten, 2005): la presencia del Otro es una necesidad constitutiva esencial. Es por la interacción precoz entre un ser hablante y un ser no hablante, es decir, por la capacidad de transformar en lenguaje simbólico las vivencias corporales, que se lleva a cabo la *captación del afecto, esencial para el mantenimiento de la unidad psicosomática* (Fleming, 2003, p. 124). *Transpuesto, desplazado, jugado en su complejidad, el cuerpo no se reduce a lo somático, sino que toma diversos modos de inscripción en la vida psíquica: cuerpo erógeno – el de la pulsión -, cuerpo representacional —el del Yo— y, al fin, cuerpo somático: autoconservativo, regido por una legalidad que no es la de los procesamiento psíquicos y que conserva formas tangenciales de incidencia en estos* (Bleichmar, 2005, en Maladesky, 2005, p. 60).

Así, hay que considerar dos dimensiones muchas veces contrapuestas en la literatura: la traducción de la excitación somática en lenguaje psíquico es una vía intrapsíquica, intrasubjetiva, que se articula con otra intersubjetiva (Green, 2005): es decir, que la célula primordial pulsión-objeto es capital. La cualidad del objeto asume

repercusiones importantes en el desarrollo del psiquismo, no solo por su función paraexcitatoria e identificatoria, sino también por favorecer la intrincación entre libido y destructividad: ningún psiquismo puede instaurarse y sentirse a sí mismo como tal, sin ser primero pensado por otro psiquismo (Green, 2005). Pensar es tener representaciones de uno mismo, del mundo y de sí mismo con el mundo (Golse, 2002).

La complejidad de la vida psíquica depende de la posibilidad de establecer cadenas asociativas significativas que acogen la excitación y permiten su elaboración psíquica y la descarga adecuada: del equilibrio entre los mecanismos de ligazón y desligazón en el par afecto-representación depende el trabajo de psiquización del cuerpo (Smadja, 2011).

El afecto necesita de representación para volverse consciente (representante afectivo). La pulsión representa el cuerpo y sus excitaciones y es representada por su representante psíquico: representante-representación y afecto o representación afectiva. De hecho, las pulsiones inconscientes pueden ser representadas tanto por el *quantum* de afecto como por el representante representativo: *la pulsión sale a la luz como representación o como afecto* (Ulnik, López Sánchez, 2002, p. 161). El preconsciente es el lugar de encuentro entre las representaciones de cosa y las representaciones de palabra, que darán significado al afecto.

Si no hay permeabilidad entre soma y psique, suele producirse una ruptura: el sujeto silenciado no tiene nada que decir de su dolor y, expropiado de la experiencia de su decir, vive en un cuerpo fuera de lo representacional, que no se siente, una *muda invitación al desamparo del sujeto* (Pereña, 2001, p. 149). Carente de sujeto, el cuerpo no erotizado o que ha sufrido la destrucción de la organización libidinal es vulnerable a los desórdenes psicosomáticos o está enfermo (Caïm, 1996), expresando somáticamente lo que no puede ser representado en cuanto objeto psíquico: en su inmediatez orgánica reacciona por su cuenta, siguiendo un sendero biológico poco adaptado a las circunstancias. Cuando *el ensordecimiento ante el dolor psíquico se hace constante, no es sorprendente constatar que la ruptura entre cuerpo y psique propicia un terreno favorable a las eclosiones somáticas patológicas en lugar de la labor psíquica deseable* (McDougall, 1991, p. 158).

Así, y de modo paradójico, al mismo tiempo que el cuerpo se presta como sustrato de la vida psíquica permitiendo a la actividad representativa apropiarse de sus

modos de funcionamiento, puede también ser objeto privilegiado de deseos y modos de funcionamiento que aspiran a su destrucción.



## **Capítulo V. Psicoanálisis de los procesos de somatización: implicaciones de la pulsión de muerte.**

La patología psicosomática toma en consideración las alteraciones pulsionales que perturban el equilibrio psicosomático. No-ligada, la pulsión de muerte opera de modo autodestructivo afectando las representaciones psíquicas y la posibilidad de tramitación simbólica, lo que incrementa el riesgo de eclosión de enfermedades somáticas. Al aclarar las características del funcionamiento del sujeto que incrementan la vulnerabilidad psicosomática, se reconceptualiza la lectura psicoanalítica de los procesos de somatización —regresión mental y desorganización mental progresiva— a través de la propuesta de un nuevo modelo. Más allá de su dimensión biológica, el Psicoanálisis escucha el cuerpo y busca descifrar lo que imprime en él el funcionamiento psíquico. A partir de la discusión en torno a la función del preconsciente, de la estructura psicosomática y de la cuestión del sentido de los síntomas, se plantea la hipótesis de que la somatización, en cuanto producto de la labor silenciosa de la pulsión de muerte, surge como un intento de preservar el psiquismo. Así, no hay por qué considerarla estrictamente como un déficit, sino también como una defensa o ambos. Esto implica que la restricción simbólica y la somatización que a menudo le sigue pueden considerarse como un recurso defensivo ante la posibilidad de emergencia de afectos insoportables que amenazan la fragmentación del Yo, por lo que está al servicio de la supervivencia psíquica.

### **V.1. Introducción: objetivos y encuadre**

Una vez aclarado el estatuto de cuerpo en Psicoanálisis y completado el recorrido que parte del soma hacia la edificación del cuerpo erótico, en la discusión sobre la paradoja auto-destructividad/supervivencia psíquica, es esencial investigar las particularidades del funcionamiento psíquico y buscar elementos psicopatológicos que lleven a las perturbaciones del equilibrio psicosomático y que potencien la trayectoria inversa hacia una somatización.

Sin embargo, no todas las somatizaciones tienen un origen psíquico, como tampoco el funcionamiento psicopatológico predominante en psicosomática —el

funcionamiento operatorio— es exclusivo del enfermar somático. El funcionamiento operatorio puede incrementar la vulnerabilidad a la somatización, del mismo modo que esta afecta también al funcionamiento psíquico: es decir que las modificaciones en el campo de las necesidades y funciones biológicas pueden tener una incidencia en la erogeneidad vinculada con el órgano, del mismo modo que, recíprocamente, cualquier modificación en la erogeneidad de un órgano puede afectar a sus funciones biológicas.

Desde sus escritos iniciales, Freud privilegia la dimensión económica planteando que el dolor físico puede resultar de la irrupción de grandes cantidades de energía, con parálisis del Principio del Placer, que se expresan *más allá*. Al considerar que los empujes dinámicos de las pulsiones tienen su origen en una excitación corporal y que su destino es suprimir el estado de tensión creado, la teoría de las pulsiones incitó y sirvió como hilo conductor para investigar las especificidades de *distintos estados del cuerpo y su relación con la economía pulsional* (Smadja, 2003, p. 66). La patología psicosomática toma en consideración las alteraciones pulsionales y los aspectos desligados y destructivos de la pulsión de muerte (D´Alvia, 2005).

Desde esta perspectiva, cuando las excitaciones persisten en cantidad excesiva y no pueden ser representadas psíquicamente, se produce una desorganización económica que libera las pulsiones de muerte de su enlace con las pulsiones de vida. El soma puede entonces tomar el lugar de narrador de lo que no puede ser tolerado en el pensamiento y menos aún expresado por palabras (Krueger, 2001).

La supresión de la agresividad lleva a que la pulsión de muerte se exprese de modo silencioso, fijándose en el interior del Yo: *contener la agresividad es, en general, nocivo y conduce a la enfermedad* (Freud, 1938, p. 163). Es a través del enlace con la pulsión de vida que la pulsión de muerte se puede desviar hacia el exterior. La desintrincación pulsional consiguiente a una acumulación de excitación libera la pulsión de muerte, impidiendo su representación y el acceso a la conflictualidad psíquica<sup>79</sup>. No ligada, opera autodestructivamente.

La somatización resulta de una forma particular de dominio de la pulsión de muerte, en una dimensión de retorno al cuerpo, que afecta en primer lugar al

---

<sup>79</sup> Pulsión de vida / pulsión de muerte; energía libre / energía ligada; Principio del Placer / Principio de Realidad.

funcionamiento psíquico. Siguiendo las huellas de Freud, las perturbaciones de la organización psíquica subyacen a las afecciones orgánicas (Mijolla; Mijolla-Mellor, 2002), en particular las alteraciones en la economía libidinal. De hecho, la psicopatología de los pacientes con trastornos somáticos da cuenta de las modificaciones psíquicas que implican una afección simultáneamente narcisista y objetal y el recurso a mecanismos de defensa no-neuróticos como escisión, rechazo y aislamiento, que dan cuenta de la labor de la pulsión de muerte.

En el límite de ese proceso peligrosamente silencioso y en un intento de proteger el Yo, es donde puede surgir una somatización: *la pulsión de muerte constituiría así, paradójicamente, el único recurso para el mantenimiento de la vida: morir para sobrevivir* (Chabert, 2008, p. 68). Sin embargo y pese a la autodestructividad implícita, ¿cómo encuadrar la enfermedad somática como intento de supervivencia psíquica? ¿Cómo enferma el sujeto? A partir de las implicaciones de la pulsión de muerte en los procesos de somatización, se reflejará a continuación sobre el lugar de la enfermedad en la paradoja en cuestión.

## V.2. Del cuerpo libidinal al real del cuerpo

*(...) el tratamiento analítico de las enfermedades orgánicas tiene futuro, ya que no es raro que un factor psíquico esté implicado en la génesis y persistencia de esas afecciones.*

Freud (1923, p. 65)

Un proceso de somatización es una *cadena de eventos psíquicos que favorecen el desarrollo de una afección orgánica* (Aisenstein, 2008, p. 29): se organiza fundamentalmente cuando existen fallos importantes en los procesos de simbolización que imposibilitan la vivencia y expresión del conflicto psíquico en los niveles consciente y preconsciente.

El desierto de significaciones que caracteriza el pensamiento los pacientes lleva a la constatación inequívoca de la *presencia de una negatividad simbólica: funcionamiento operatorio, precariedad onírica y ausencia de fantasía se imponen como pilares del funcionamiento psíquico* (Amaral Dias, 2000, p. 112). La

descatexización ocurre como un intento de neutralizar las fuentes de excitación en un *movimiento regresivo desarticulado de las construcciones psíquicas, lo que genera autodestructividad* (Nasir, 1998, p. 582). El trastorno psicosomático es entonces la expresión de la excitación cuando esta, *no encontrando una salida simbólica a través de una ligazón entre afecto y representación* que permita su procesamiento, *tiende a desorganizar el funcionamiento mental* (Rocha, 1998, p. 98). Hacia el vacío mental (Lutenberg, 1998) el cuerpo se queja, expresando a través de la enfermedad lo que no puede ser comunicado de ningún otro modo. Herido por la inscripción de dolores que no pueden ser pensados o sufridos, el cuerpo se *vuelve víctima y al mismo tiempo una especie de enemigo que es necesario combatir, como si el sujeto estuviera aislado de la enfermedad, de su identidad corporal* (Milheiro, 1999, p. 6). Silenciando su historia personal, el sujeto se anula en su condición de ser hablante y viviente: los pacientes con trastornos somáticos *no cuentan su historia, cuentan sus enfermedades* (Ulnik, 2000, p. 6).

Por tanto, es preciso cuestionar qué es lo que pasa en el funcionamiento psíquico que puede llevar a una somatización. En este trayecto, se distinguen dos procesos.

### **V.2.1. Psicoanálisis de los procesos de somatización**

*Los procesos de somatización se producirían por desorganizaciones psicosomáticas consecuentes a desorganizaciones mentales o por regresiones somáticas que acompañarían a regresiones mentales* (Fernández, 2002, p. 129).

Partiendo de los conceptos freudianos, el Psicoanálisis de la enfermedad somática establece relaciones entre ciertos modos de funcionamiento mental y procesos de somatización. La psicopatología confluye en dos movimientos: regresión mental y desorganización progresiva.

#### **V.2.1.1. La regresión mental**

La regresión mental es un proceso que conduce habitualmente a crisis somáticas benignas, recurrentes y reversibles, que encuentran su origen en irregularidades del

funcionamiento mental<sup>80</sup> (Marty, 1990). Pueden surgir en cualquier tipo de organización mental, manifestándose a través de alteraciones transitorias, discretas y frecuentes que transforman momentáneamente la economía psicosomática y abren la puerta a las somatizaciones.

El desarrollo libidinal depende de la historia de cada sujeto en particular y está marcado por experiencias de placer y displeacer que constituyen puntos de fijación libidinal. Como consecuencia de las dificultades en el trabajo de ligazón del Yo, la excitación puede retroceder volviendo a sus fuentes somáticas. Las experiencias de displeacer y el aumento de la tensión suelen promover movimientos regresivos que se orientan de acuerdo con las referencias constituidas por esos puntos de fijación que, a modo de anclaje, facilitan el estancamiento de la regresión (Casetto, 2006). La eclosión de sintomatología somática funciona como un freno que detiene la desorganización, mientras que proporciona una posibilidad de reequilibrio económico y de reorganización (Marty, 1995): alivia momentáneamente el psiquismo para que, a continuación, pueda volver a su eficiencia.

Así, y más allá de la autodestructividad implícita en los movimientos regresivos, se puede reconocer al mismo tiempo su importancia al servicio de la supervivencia psíquica, lo que expresa la paradoja del trabajo de la pulsión de muerte: su destructividad está involucrada en la regresión y en la aparición de sintomatología somática, mientras que, de forma simultánea, es el producto de su trabajo lo que confiere al aparato psíquico la posibilidad de reorganizarse.

#### **V.2.1.2. Desorganización mental progresiva**

El desarrollo mental se produce debido a movimientos psíquicos de organización evolutiva (Marty, 1993) que dependen de elementos funcionales preexistentes. Para que cumplan las necesidades del psiquismo, tendrán de reorganizarse permanentemente, ampliando su complejidad. Sin embargo, un flujo continuo de excitaciones o traumatismos repetidos —derivados de condiciones internas o externas— perturba la

---

<sup>80</sup> Las irregularidades del funcionamiento mental se caracterizan por un funcionamiento psíquico semejante al pensamiento operatorio, pero se pueden observar en sujetos que presentan una permeabilidad considerable entre instancias psíquicas, con capacidades de simbolizar y fantasear (Debray, 1996).

constitución adecuada de las nuevas organizaciones, y puede dar lugar a movimientos contraevolutivos desorganizadores (Peres Santos, 2006).

La ausencia de un buen sistema de fijaciones resulta en la insuficiencia de los recursos regresivos ante el retorno libidinal. El movimiento contraevolutivo no puede entonces interrumpirse, adquiriendo un carácter progresivo que se sobrepone a la capacidad del psiquismo para elaborar eficazmente las excitaciones a que es sometido: o sea, afecta a la representación. La desorganización progresiva de la economía psicosomática se ve favorecida por una organización no-neurótica del Yo que reacciona de un modo particular a la retracción libidinal y a la destrucción anárquica de las funciones mentales: como pérdida narcisista que reactiva heridas narcisistas profundas y precoces, que es la base del problema de mentalización. La cancelación de la actividad libidinal conduce a la instalación de la depresión esencial, que se declara por generalización de la inhibición en todo el funcionamiento mental (Marty, 1967). La reducción de la complejidad del funcionamiento mental puede evolucionar en el sentido de una desorganización somática (Marty, 1995), destruyendo el equilibrio biológico, arcaico en el plano evolutivo, pero esencial en el plano vital.

Desde de un punto de vista conceptual, Marty considera el dualismo pulsional y la pulsión de muerte inútiles, situándose en la perspectiva de un monismo pulsional: existe una única pulsión, la pulsión de vida o libido, susceptible de sufrir movimientos de regresión. Marty considera entonces que existen *movimientos individuales de muerte* que traducen un fracaso momentáneo o duradero de la pulsión de vida por agotamiento o inactivación como consecuencia de un traumatismo: la pulsión de vida cambiaría de sentido tomando una dirección regresiva hacia la desorganización.

Sin embargo, esta posición implica privarse del recurso a la intrincación pulsional primaria para fundamentar la cadena que vincula lo somático y lo psíquico, por lo que compromete su propia concepción de somatización. A partir de una teoría en que las intrincaciones pulsionales no tienen lugar y al reducir la pulsión de muerte a un déficit o fracaso de la pulsión de vida, los movimientos individuales de muerte parecen dar cuenta estrictamente de una destructividad y autodestructividad, sin ninguna contrapartida. Quedan entonces por explicar, por ejemplo, las regresiones reorganizadoras, las somatizaciones simbolizantes, la alexitimia focalizada, es decir, la hipótesis de que la patología psicosomática puede configurarse como intento de supervivencia psíquica.

También surgen otras contradicciones evidentes. A propósito de la depresión esencial, por ejemplo, Marty (1990, p. 34) propone un *abatimiento del tono de los instintos de vida*, lo que plantea *la pulsión de muerte como dueña y señora de la depresión esencial*. Así, parece reconocer indudablemente su implicación en la desorganización de los sistemas, por aislamiento o anarquización funcional: *vemos aquí la marca de los instintos y de las pulsiones de muerte* (ibíd.). La propuesta de una estructura psicosomática asentada en un déficit estructural entra también en contradicción con su propio planteamiento con respecto a las irregularidades del funcionamiento mental.

#### **V.2.1.3. El modelo de la escalada: propuesta de una lectura del Psicoanálisis de los procesos de somatización**

El sujeto vive como si estuviera en una plataforma de cuyo equilibrio depende su funcionamiento psicosomático. La conflictualidad pulsional es un desafío permanente a la elaboración psíquica: su éxito resulta en una ascensión creadora en el sentido de ampliar la complejidad representacional. Ante una acumulación de excitación o de afectos intolerables que desbordan la capacidad de procesamiento psíquico, se produce un desequilibrio que da como resultado alteraciones psicopatológicas que pueden conducir a una somatización. Esto suele ocurrir de dos maneras.

En la regresión mental, los puntos de fijación libidinal que sostienen el sujeto funcionan como arneses: en caso de caída sirven de anclaje, soportan el sujeto y detienen la caída, atenuando la gravedad de sus consecuencias. Una vez que reúne fuerzas y aliento, el sujeto podrá de nuevo investir en la ascensión: la intrincación entre las pulsiones de vida y de muerte es lo que permite retomar su escalada. Ante la falta de puntos de apoyo que sostengan la posibilidad de intrincación, la seguridad de su escalada psíquica queda comprometida. Se desorganiza y entra en una suerte de caída libre ante la cual las defensas se revelan ineficaces, lo que compromete seriamente su recorrido. Esta desorganización es progresiva y puede resultar en afecciones orgánicas de considerable gravedad, o incluso llevar a la muerte.

La patología psicosomática corresponde a una perturbación de la tramitación simbólica inherente a un movimiento de desligadura temporal o duradera que sacude el equilibrio. Afecta en primer lugar a las formaciones psíquicas e instaura modificaciones

psicopatológicas que pueden llevar a alteraciones fisiopatológicas y/o lesionales que alcanzan el soma, lo que da cuenta de la autodestructividad inherente a la labor de la pulsión de muerte<sup>81</sup>. Así, pueden surgir somatizaciones a menudo evolutivas y graves, como enfermedades autoinmunes y oncológicas. En el plano psíquico de los pacientes, se observa un funcionamiento particular, cuyo reagrupamiento de síntomas constituye la vida operatoria: una determinada cualidad de depresión, la depresión esencial, y una determinada cualidad de pensamiento, el pensamiento operatorio (Aisenstein, 2008), que juntos con la desorganización progresiva, forman el eje de la patología psicosomática.

### **V.2.2. Funcionamiento operatorio**

Es un funcionamiento psicopatológico que expresa la fragilidad e inestabilidad del equilibrio psicosomático y une una perturbación del afecto —la depresión esencial— con una perturbación del pensamiento —el pensamiento operatorio o la vida operatoria—. Es un trastorno económico que expresa la caída del tono vital y que puede tomar la forma de un estado crítico, momentáneo y reversible, o instalarse en la cronicidad.

Aunque comprometa la capacidad de elaboración psíquica ampliando el riesgo de una desorganización somática o de su gravedad, el funcionamiento operatorio puede considerarse como un funcionamiento en modo de supervivencia (Aisenstein, 2008) que intenta proteger el Yo. Esto depende también de la cualidad del entorno de cada uno, particularmente de la posibilidad de ingresar en un tratamiento psicoanalítico<sup>82</sup>.

---

<sup>81</sup> Sin embargo, y como se ha dicho anteriormente, una enfermedad orgánica puede no ser psíquica, sino ser ella misma la que origina alteraciones en la economía libidinal. En este caso, serían las modificaciones psicopatológicas las que surgen en un segundo momento, como consecuencia de una afección orgánica: pueden interferir con el curso de la enfermedad, agravando la desorganización.

<sup>82</sup> Las particularidades del tratamiento analítico con pacientes psicosomáticos traspasa el ámbito de este trabajo.



### **V.2.2.1. Depresión esencial**

La depresión esencial es un abatimiento del tono vital en las funciones psíquicas (Marty, 1966). Su surgimiento expresa una pérdida libidinal —objetal y narcisista— y generalmente va precedida de angustias difusas que reproducen un estado arcaico de desbordamiento del aparato que afecta a las capacidades de procesamiento psíquico. Desde la perspectiva metapsicológica, es el resultado de una desintrincación pulsional y de una desorganización psíquica, puntos de partida de la depresión esencial y de la vida operatoria. Sin embargo, no queda claro en la perspectiva de Marty si es la depresión esencial la que lleva a la vida operatoria, o es al revés: de hecho, los dos conceptos parecen servir para justificarse uno a otro y su distinción resulta a menudo poco clara.

El cuadro clínico se traduce por una aparente ausencia de sintomatología. Sin embargo, no se trata de una depresión sin sintomatología asociada, sino que sus signos patognomónicos, silenciosos, pasan demasiado a menudo desapercibidos debido a que suscitan poca o ninguna demanda de ayuda. Es una depresión sin objeto, sin tristeza ni autoacusación melancólica, ni siquiera culpabilidad inconsciente, donde el *sentimiento de desvalorización personal y de herida narcisista se orienta hacia la esfera somática* (Marty, 1990, p. 39). Hay una borradura de la dinámica mental que se caracteriza por la falta de desplazamientos, condensaciones, introyecciones, proyecciones e identificaciones.

Se distingue de las otras formas de depresión —neurótica o psicótica— porque la desorganización sobrepasa el dominio mental: es un *fenómeno comparable a la muerte, donde la energía vital se pierde* (Marty, 1990, p. 40). La precariedad del trabajo mental resulta en el alejamiento de sueños y deseos.

### **V.2.2.2. Pensamiento operatorio/Vida operatoria**

Son las actividades fantasmática y onírica las que permiten integrar las tensiones pulsionales y así proteger al psiquismo. El pensamiento operatorio pone en *evidencia la carencia funcional de estas actividades, característica de las perturbaciones psicosomáticas* (Marty, 1990, p. 36), que resultan en un silenciar de los afectos y en la sobreinvestidura perceptiva (Smadja, 2004). Se trata de un desorden del pensamiento descrito como consciente, actual y circunstancial, encarcelado en el factual y objetivo,

sin ligazón con los movimientos fantasmáticos. La elaboración de expresiones personales del pensamiento —como la metáfora— está ausente. La vida operatoria, desprovista de valor libidinal, no permite exteriorizar la agresividad debido a la precariedad de la conexión con las palabras. La palabra, poco investida, desvela la pobreza asociativa expresada por un discurso estéril, privado de expresiones cargadas de simbolismo.

Los deseos desaparecen y apenas sobrevive la satisfacción de necesidades aisladas unas de las otras. Los comportamientos ligados en su origen a los instintos y a las pulsiones (alimentación, sueños, actividades sexuales y agresivas), se reducen a funcionamientos automáticos. Como consecuencia, la noción de pensamiento operatorio se sustituye por la de vida operatoria, puesto que esta *tendría en cuenta la disminución del pensamiento frente a la importancia adquirida por los comportamientos* (Ulnik, 2000, p. 3). Los vínculos son escasos y las pulsiones se desgobiernan. Perdidos sus enlaces con el origen pulsional, el pensamiento operatorio expresa, en realidad, lo no-pensado. Cuando la desorganización rebasa las fronteras de lo psíquico, el equilibrio biológico queda comprometido (Caparrós, 2008).

La falta de recursos en el mundo interno y el control excesivo del Yo resultan en una intensa investidura en la realidad externa, lo que da *inicio a un camino de deslibidinización de la interioridad con un aplastamiento del mundo representacional, objetual y afectivo: la sobreinvestidura de lo fáctico para compensar ese déficit desequilibra la armonía pulsional, lo que resulta en un incremento de la pulsión de muerte y amplía la posibilidad de una descarga en el cuerpo* (D'Alvia, 2005, en Maladesky, 2005, p. 97). El sujeto se mantiene dentro de un real, sin articulación con el proceso yoico defensivo o con la producción de fantasías: orientado pragmáticamente hacia la realidad, se aferra a cosas y no a conceptos abstractos. Se trata de un pensamiento factual con relación a la consciencia, de un pensamiento motor con relación a la acción, de un pensamiento simbólico con relación al inconsciente, de un pensamiento actual con relación al tiempo y de un pensamiento conformista con relación al *socius* (Smadja, 1998, en Fabião, 2003).

En la vida operatoria, la conexión al inconsciente es tan tenue que no permite la elaboración pulsional (Marty, 1990). Los pacientes se adaptan a las necesidades

externas en detrimento de las suyas propias, sojuzgándose y sobreadaptándose<sup>83</sup> (Liberman, 1986) a expensas de sí mismos, pues las exigencias del Superyó inhiben las exigencias pulsionales: presentan así un conjunto de rasgos de personalidad que traducen la tendencia a seguir el orden material y social en detrimento del orden subjetivo.

La reduplicación proyectiva (Marty, 1990) da cuenta de lo mismo: el Yo rechaza la introyección y sufre de alienación en el otro. Incapaz de discriminar y distinguir sus cualidades, el sujeto *se reconoce íntegramente en el otro* (Caparros, 2008, p. 360), quedándose empobrecido en cuanto objeto de investimento: el otro y su pensamiento es un doble de sí mismo (Caparrós, 2008).

Desde el punto de vista metapsicológico, la sobreinvertidura en lo perceptivo constituye una defensa ante los efectos traumáticos que la ausencia de satisfacción alucinatoria del deseo puede traer (Aisentein, 2008): la percepción se utiliza como representación. A pesar del intento de supervivencia psíquica implícito en este movimiento defensivo, la dependencia del exterior que desarrolla el sujeto implica riesgos importantes: una realidad poco gratificante o potencialmente desestructurante — como una pérdida significativa— podrá ampliar en gran medida la vulnerabilidad somática.

Se reconoce una *convergencia sindrómica*, considerándose *equivalentes los conceptos de pensamiento operatorio y alexitimia, apenas pensados desde marcos teóricos distintos* (Otero, 2000, p. 3). Sin embargo, el primero enfatiza el aspecto fantasmático y expresa un trastorno profundo de la personalidad, mientras que la alexitimia (Sifneos, 1972) se presenta con valor descriptivo. Aunque no se trate de un concepto psicoanalítico, la alexitimia merece destacarse y es pertinente cuando se trata de comprender la relación entre economía psíquica y trastornos psicosomáticos.

---

<sup>83</sup> Además del pensamiento operatorio y de la sobreadaptación, la carencia en el mundo representacional también se ha conceptualizado como represión de la capacidad imaginaria (Sami-Ali, 1996), es decir, como represión de la función que permite simbolizar.

#### V.2.2.2.1. Sobre la alexitimia

Proveniente del griego *a*=sin, *lexis*=palabras y *thymos*=sentimientos, el concepto de alexitimia se basa en el pensamiento operatorio. Engloba la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo que surge a menudo en pacientes con afecciones somáticas graves: los trastornos psicósomáticos se desarrollan ante la incapacidad del sujeto para pensar y pensarse, bajo un escenario alexitímico. Se relaciona con una dificultad para identificar, reconocer y representar estados emocionales, lo que imposibilita otorgar una expresión verbal a sus propios sentimientos y afectos (Sifneos, Nemiah, 1973). El sujeto, pese a que es capaz de reconocer estados fisiológicos ligados a diferentes emociones, no logra atribuirles la implicación o la relación que existe entre dichos estados fisiológicos y la significación subjetiva que implica la emoción.

Las palabras describen contenidos pragmáticos del pensamiento: duplican la acción subrayando pormenores, pero *sin ligazón a movimientos internos* (Bergeret, 1997). Esta disociación puede ir más allá de no tener palabras para las emociones: en algunos desordenes, los pacientes *no tienen ni siquiera símbolos para esos estados somáticos* (Bucci, 1997, p. 161). Como sujetos desligados de sí mismos —de sentimientos, deseos, impulsos— el discurso estereotipado traduce un pensamiento *pegado a lo estrictamente material, sin atisbos de emoción y sin posibilidades de ampliarse a realidades de otro orden, afectivo o fantasmático, que enriquezcan sus operaciones* (Otero, 2000, p. 2). La escasez de sueños no tiene que ver con la negación de emociones, sino con la ausencia de sentimientos. Sus características principales son la preocupación excesiva con detalles del mundo exterior, la incapacidad para responder con afecto, o sea, para reconocer y nombrar experiencias afectivas y expresar emociones o sentimientos: una descripción pragmática y funcional de sus vidas, sin referencias a emociones, fantasías o significados intrapsíquicos o interpersonales (Nemiah, 1976).

Igual que el pensamiento operatorio, la alexitimia se plantea desde distintas perspectivas. La perspectiva deficitaria estructural da cuenta de una estrecha relación entre la alexitimia y una estructura psicósomática de la personalidad. La inhabilidad para conectarse con sentimientos internos no resultaría de resistencias ni defensas, sino que estaría relacionada con un déficit de la capacidad simbólica (Marty, M'Úzan, 1963; Sifneos, Nemiah, 1970). Cuando hay fallos importantes en la construcción de las representaciones de palabra ligadas a los valores afectivos, el niño solo adquiere una

formación rudimentaria de la simbolización, es decir, de la capacidad básica para el desarrollo de la fantasía. Así, mientras que en las neurosis los sueños, fantasías o interacciones simbólicas integran las pulsiones en forma de fantasma, el *paciente alexitímico presenta una vida fantasmática pobre y desafectivada, que se traduce en una realidad factual, concreta y simplificada* (Otero, 2000, p. 6).

La alexitimia se describe como un bloqueo del desarrollo de los afectos a consecuencia de situaciones traumáticas de la infancia: *el exceso de afectos no neutralizados o amortecidos, lleva a una paralización del desarrollo afectivo normal* (Mello Filho, 1992, p. 116). El sujeto se quedaría a medio camino de su elaboración afectiva: ante una situación traumática posterior susceptible de producir una sobrecarga de afectos, se produciría una regresión a las fases de no-diferenciación, no verbalización. En cuanto hipótesis etiológica, su génesis puede ubicarse en los avatares evolutivos del niño durante la infancia temprana, más concretamente en las vicisitudes de la relación madre-bebé.

Sin embargo, esta perspectiva parece equiparar pensamiento operatorio y alexitimia, aunque no se trate de lo mismo. Un bebé es un ser emocional que utiliza el cuerpo para expresar sus emociones porque aún no tiene palabras para manifestarse y traducir sus estados afectivos. Pero esto forma parte del orden del desarrollo normal, mientras que la vida operatoria o la depresión esencial darían cuenta de un niño enfermo y sin recursos adecuados para expresar sus emociones. Es decir, que *el bebé, incapaz de hablar u organizar sus propias experiencias emocionales a causa de su inmadurez, depende de otro que maneje por él sus estados emocionales y les dé un nombre* (McDougall, 1982, en Otero, 2000, p. 5). A partir de la indiferenciación, la maduración permite que el niño se exprese de distintos modos mientras que la madre organiza su aparato mental.

La perspectiva dimensional asume que no es raro que el sujeto se desconecte de áreas de su realidad psíquica cuando se siente incapaz de contener determinadas vivencias y reflejarlas. En este caso, *escinde una dimensión afectiva del conflicto* (Von Rad, 1984, en Otero, 2000, p. 6) como resultado de un esfuerzo continuo por cortar los vínculos afectivos cuando estos *tienen conexión con pulsiones o con ideas cargadas emocionalmente* (Otero, 2000, p. 6). La manifestación de síntomas alexitímicos en un momento concreto puede servir *para impedir el retorno de un estado traumático* (Krystal, 1973, en Mello Filho, 1992, p. 116). Parece así configurarse como defensa, un

intento de supervivencia psíquica más allá de la autodestructividad que se le puede reconocer. Es decir, que todos pueden funcionar a la vez en modo operatorio o alexitímico dando salida a los afectos a través de la acción o de la enfermedad somática (Otero, 2000). No hay *un sujeto psicosomático, cualquier persona puede producir estos fenómenos* (Valas, 1988, en Mello Filho, 1992, p. 116). Es por ejemplo el caso de la alexitimia focalizada que asume un carácter claramente defensivo: la ausencia de sentido inconsciente no implica que por ello el inconsciente no esté operando respecto a otros conglomerados representacionales (Ulnik, 2008). No implica pues un fallo global del funcionamiento psíquico ni ausencia de simbolizaciones sobre las cuales sostenerse: implica un fallo en el borde, dificultades en sostener en el interior de los sistemas representacionales situaciones particulares (Bleichmar, 2005) afectivamente intolerables.

Comprometida la Función de lo Imaginario que asegura la actividad onírica y la fantasía, *no hay asombro ni creación*, sino una supresión del existir psíquico, o sea, de la subjetividad. El sujeto se organiza en lo banal (Sami-Ali, 1987): cuestionarlo puede suscitar la angustia. Se establece así la distinción entre desomatización como proceso simultáneo a la psiquización —proceso de desarrollo en el que las energías se controlan cada vez más por medios psíquicos— y resomatización (Schur, 1953, en Rallo, 1991), que constituye el proceso regresivo inverso.

### **V.2.3. Caracteres generales de la economía psíquica en patología psicosomática**

Por un lado, los fenómenos psíquicos dependen en gran medida de las influencias somáticas, pero a su vez tienen efectos poderosos en los procesos somáticos (Freud, 1938). La clínica psicosomática sugiere, en efecto, que ante determinadas alteraciones del funcionamiento psíquico aparece al mismo tiempo el riesgo de enfermedad somática o de su agravamiento: el cuerpo, víctima de un proceso de somatización, es el producto de procesos psicopatológicos centrados en la desorganización de la economía erótica. La regresión de la libido objetal a la libido narcisista puede aún extenderse, transformando el lenguaje psíquico en lenguaje somático.

Cuando sobrevienen alteraciones, lo que se pone en tela de juicio en el registro psíquico es la *utilización funcional de la representación, encargada de representar la*

*pulsión a nivel preconsciente* (Dejours, 1992, p. 93), de modo que se engendra un movimiento contra-evolutivo. Hay un estrecho nexo entre apuntalamiento y representante psíquico de la pulsión. De hecho, la desobjetualización puede llevar a la despulsionalización, o sea, al desapuntalamiento de la pulsión sobre la función, de lo psíquico en lo somático: en este sentido, el movimiento contraevolutivo que se produce facilita la emergencia de somatizaciones (Dejours, 1992). Es decir, que la pulsión invierte su trayectoria, y esto amenaza la autoconservación.

#### **V.2.3.1. Pulsión de muerte y representación en psicósomática**

*La pulsión de muerte evita la representación. Cualquiera que sea: las representaciones del otro y las representaciones del propio Yo. Y eso la hace potencialmente destructiva respecto al otro y respecto al yo* (Gutiérrez, 2010, p. 744).

La pulsión alcanza su expresión como exigencia de trabajo psíquico bajo la forma de representación y afecto: representante ideativo y representante afectivo, juntos, constituyen el representante psíquico de la pulsión. Las representaciones psíquicas, esenciales para la estructuración y desarrollo del psiquismo, otorgan calidad a la energía. Atan las sensaciones físicas displacenteras, ofreciéndoles la posibilidad de desplazamiento metafórico. Protegen así el cuerpo de los efectos de la excitación y, como tal, de la enfermedad. Al retirar la investidura de la representación se pierde el deseo de percibir la vivencia de satisfacción: la energía no ligada es pura cantidad, acción sin deseo, que no busca el placer del reencuentro con el objeto, ni tampoco el placer de la vivencia (Gutiérrez, 2010).

Si consideramos su tendencia a destruir unidades complejas transformándolas en unidades más simples, más rudimentarias y primitivas de la historia del desarrollo, la pulsión de muerte es responsable del rompimiento de ligazones que deteriora la cualidad de las representaciones. Imprime al psiquismo un sentido regresivo (Pereira, 2009) que puede culminar en la escisión psique-soma. El retorno a lo inanimado, a la muerte, no es nada más que el retorno a un nivel precario de simbolización, preresentacional o prepsíquico (Green, 2010). El problema de la tramitación simbólica que emerge desde aquí tiene repercusiones de relieve, pues aumenta las posibilidades de somatización.

Es a través de la intrincación pulsional con la pulsión de vida que se puede dominar el trabajo destructivo de la pulsión de muerte y se retoma el acceso a la representación. Esto permite que se haga representar por uno de sus derivados —la pulsión de agresión, destrucción o dominio—, dependiendo de cómo y cuándo se produce la intrincación. En la imposibilidad de una mezcla pulsional que la coloree eróticamente, la pulsión de muerte mantiene el registro de una repetición no elaborada. La pulsión sexual se reconoce más fácilmente porque tiene representación, mientras que la pulsión de muerte permanece inaccesible dado que su trabajo es silencioso.

Sin embargo, el dominio de lo pulsional excede siempre la posibilidad de representación psíquica: nada se extingue totalmente, sino que permanece siempre un resto que la representación no puede reducir, lo que determina su infinitud. Ese resto corresponde a la energía libre, a lo que de más pulsional existe y lo que se mantiene como cuerpo extraño al psiquismo, no pensado, un resto no ligado que intenta ser inscrito y dominado: un resto que es silencio y que tiende a repetirse (Virside, 2001).

#### **V.2.3.1.1. Representación y afectos en patología psicosomática**

*A través de las palabras es cuando los afectos acaban, por fin, vinculándose firmemente con las representaciones mentales: son las palabras las que ligan la libre circulación de la afectividad primaria y la ponen a disposición del pensamiento, un pensamiento verdadero, no operatorio (McDougall, 1982, p. 173).*

El aparato psíquico es un dispositivo destinado a dominar la excitación, que de otro modo se sentiría como penosa o tendría efectos patogénicos. *Dominarla y vincularla, para poder desenmarañarse de ella* (Freud, 1920, p. 40) constituye la operación primordial del psiquismo. Ante su imposibilidad, la representación de cosas y la representación de palabras se desvinculan, lo que conduce a movimientos de desorganización psíquica.

La representación psíquica de la pulsión depende de la ligazón entre los elementos del par primordial de la vida psíquica: afecto y representación. La representación de palabra es responsable de esta conexión (Freud, 1911), dando sentido a la experiencia. La consecuencia del trabajo de la pulsión de muerte es la ruptura de las



conexiones del par afecto-representación, lo que convierte en inviable la representación psíquica de la excitación somática: la representación queda así neutralizada de afecto que, desprovisto de calidad y de representación que lo acoja, permanece como una cantidad de energía libre. Esta energía no ligada es lo que más se acerca a la pulsión de muerte en su estado más puro (Werneck, 2009).

*Las representaciones son huellas mnémicas, mientras que los afectos son procesos de descarga* (Caparrós, 2008, p. 137). Así, ante una ruptura ¿qué destino tendrá cada elemento del par afecto-representación?

#### **V.2.3.1.2. El destino de la representación: representación de cosa y representación de palabra**

La ruptura del vínculo entre representación de cosa y representación de palabra subyace a la ruptura afecto-representación. Esto hace que las señales de angustia se conviertan en el equivalente de una representación de cosa. Las representaciones de cosa, que son contenidos del inconsciente, se rigen por mecanismos específicos del proceso primario —condensación y desplazamiento— que apenas adquieren significado a través de la ligazón a otras representaciones. Sin embargo, ante la falta de representaciones en palabras, la psique solo tendrá a su disposición “representaciones de cosas” (Freud, 1915) tan dinámicas como destructoras del equilibrio somatopsíquico.

La patología psicósomática implica la ruptura de un eslabón simbólico previo que afecta el funcionamiento psíquico (Ulnik, 2010). Se traduce en el paso *a otro nivel de expresión simbólica, preverbal*, que se caracteriza por *dificultades de simbolización, desfase entre ideas y afectos*<sup>84</sup>, *excesos pulsionales* y *problemas de identidad*<sup>85</sup> como *fragmentación* —escisión en la organización yoica del paciente o disociaciones múltiples como organización defensiva del sujeto— y *ambivalencia* (Ulnik, 2008, p. 194). Tras la escisión, el Yo rechaza las experiencias cargadas de afecto, que no pueden ser reprimidas sino suprimidas de la psique. La representación, desvinculada de su

---

<sup>84</sup> Sobreadaptación

<sup>85</sup> Del orden de la necesidad y narcisista: identificación mimética en la cual el otro es parte de uno mismo; juicio primario de Freud: querer ser el otro.

componente afectivo, puede entonces permanecer a nivel preconsciente-consciente, junto con el polo somático del afecto.

*Así, y a modo de un parche, la enfermedad somática ocuparía el lugar de una laguna del recuerdo, una detención en las asociaciones o una falla de identidad (Ulnik, 2008, p. 199). Ante la imposibilidad de representación, las pulsiones no pueden ser transformadas simbólicamente, sino descargadas operativamente a través del soma (Mancia, 1996, p. 113): cuando la satisfacción alucinatoria y la fantasmización no pueden cumplirse, la destructividad se hace presente en el cuerpo.*

#### **V.2.3.2. La supresión como destino de los afectos en Psicósomática**

<p><i>La expresión somática ocupa en mayor o menor medida, pero siempre parcialmente, el espacio faltante del afecto (Alarcón, 2005, p. 18).</i></p>
--

En el seno del funcionamiento mental, la deformación que representa el pensamiento operatorio es indisociable del destino particular de los afectos en que se origina la experiencia depresiva esencial (Smadja, 2005, p. 60). La patología psicósomática está determinada por las vicisitudes de los afectos, expresados en un cuerpo que exige escucha y representación (Winograd; Teixeira, 2011).

El afecto tiene un valor primordial en cuanto cantidad psíquica ontológicamente vinculada a las fuentes somáticas de la pulsión: es el mensajero del cuerpo en su advenimiento psíquico, o sea, su representante. De hecho, el afecto es psíquico y somático al mismo tiempo, constituyendo un puente psicósomático por excelencia (Ulnik, 2010, p. 28).

Freud (1915) plantea tres posibles destinos para los afectos: conversión (histerias), desplazamiento (obsesiones y fobias) y transformación en angustia (neurosis de angustia y melancolía). En Inhibición, síntoma y angustia, dedicado esencialmente al afecto de angustia, Freud (1926) agrega que los afectos son sedimentaciones de vivencias traumáticas de antaño que, en situaciones semejantes, despertarían como símbolos mnémicos. Plantea por primera vez la supresión por motivos conscientes, a propósito de la supresión del deseo sexual que está en los orígenes de la neurosis de angustia. Así, en la imposibilidad de cumplirse estos destinos, hay que suprimirlo, de modo que nada más encontremos de él (Freud, 1915).

Desprovisto de cualidades en el inconsciente, se manifiesta a ese nivel como intensidad: solo puede volverse consciente a través de la representación, por el investimento en trazos mnémicos. Es decir, que un afecto no se traspone para el inconsciente puesto que no se puede reprimir: se inhibe o incluso se elimina, impidiendo o rompiendo las cadenas de representación que vinculan las cargas afectivas, lo que puede resultar en un proceso de desorganización progresiva.

Desvinculado de la representación, el afecto se mantiene como quantum no cualificado, es decir, como una intensidad psíquica, correlato de las cantidades de excitación somática: algo (quantum de afecto o excitación) que detiene todas las propiedades de una cantidad, aunque no tengamos ningún medio para medirla; *algo susceptible de incrementarse, disminuir, desplazarse y descargarse, y se difunde por las vías mnémicas de las representaciones* (Freud, 1894, p. 6). También los afectos previamente representados<sup>86</sup>, por ser temidos o intolerables, pueden fragmentarse en su comportamiento somático, permaneciendo solo como cantidad.

El sujeto se pone enfermo porque no puede emocionarse, no puede sentir: es el cuerpo quien lo hace. Mientras que en la neurosis y en la psicosis la coherencia del afecto se conserva, en patología psicosomática se produce una desestructuración; el sujeto solamente percibe la afección somática en detrimento de su cualidad psíquica (Chiozza, 2008)<sup>87</sup>: *la enfermedad somática es la consecuencia de la desestructuración del afecto, que pierde su coherencia y se descompone en sus diferentes claves de inervación* (Chiozza, 1998, en Ulnik; López Sánchez, 2002, p. 142). Los componentes secretores y vasomotores aparecen en la consciencia desligados de sus representaciones, funcionando desordenadamente, como si solo se pusiera de manifiesto el polo somático del afecto. Al alcanzar el cuerpo se pueden producir daños corporales que justifican la eclosión de enfermedades somáticas.

---

<sup>86</sup> Como se ha indicado en el cap. III, un estado afectivo implica dos dimensiones: inervaciones o descargas (componentes secretores y vasomotores) y sensaciones, que implican representaciones de palabra y que a su vez son de dos tipos: percepción de las acciones motrices y sensaciones de placer/desplacer y les imprimen su tonalidad fundamental. El lazo que se establece entre esas dos dimensiones se asienta en la cantidad de trabajo que imponen al psiquismo (Smadja, 2010).

<sup>87</sup> El sujeto no se vuelve triste, sino que tiene una conjuntivitis (Ulnik, 2010).

La demanda de trabajo que llega a lo psíquico implica una fuerte carga destructiva. Para proteger el Yo o el objeto al que se dirige esa excitación destructiva, la defensa podrá ser la supresión afectiva, principalmente de la agresión, y un equivalente de la forclusión de la representación (a la que Freud se refirió como repudio), que corresponde una sordera supresiva de lo psíquico (Green, 1998). A nivel psíquico, no es perceptible nada de esta destructividad, totalmente ignorada por aquel que la produce, y sus consecuencias repercuten en la somatización y en la gravedad de la misma: el sujeto es presa de esta destructividad volcada entonces en el propio nivel somático (Green, 2005, en Maladesky, 2005) La desafectación aplanar o disminuye sus manifestaciones, (McDougall, 1989) o cortocircuita en el soma, cuando no hay representación para vincularla psíquicamente.

En la regresión mental, la supresión del afecto coexiste con la perseverancia de la representación, mientras que en la desorganización progresiva, la supresión de los afectos implica profundas distorsiones en las representaciones y en el pensamiento (Smadja 2010, en Aisenstein, Aisemberg, 2010). La supresión puede ser transitoria, ocasional o permanente, cuando la identidad está amenazada. Aunque dañinos, sus efectos funcionan simultáneamente como salvaguarda de la identidad, o sea, como intento de supervivencia psíquica.

#### **V.2.3.2.1. Supresión y represión son dos procesos defensivos distintos**

Tanto la represión como la supresión se fijan en desvincular representación y afecto. La distinción entre los dos modos de defensa se plantea a propósito del destino de los representantes de la pulsión: la representación puede ser reprimida, mientras que el afecto no es reprimido sino suprimido, puesto que es el afecto el que está ligado a determinadas representaciones que se temen (Parat, 1995). La represión es un mecanismo típico de las estructuras neuróticas que concierne sobre todo a las representaciones y a los nexos entre ellas, mientras que la supresión incide sobre los afectos y su desarrollo, en particular la agresión (Dejours, 1992): su objetivo es remover los afectos de las representaciones, lo que impide la elaboración de un importante caudal de asociaciones (Ulnik, 2000). Esto constituye un obstáculo para el flujo de las excitaciones instintuales y pulsionales de esencia agresiva y erótica (Debruge, 2001) que normalmente se elaboran en el aparato mental, y contribuye a incrementar aún más

la excitación: *gran parte de los impulsos de la vida sexual no son de naturaleza puramente erótica, sino que surgen de la combinación de la pulsión erótica con partes de la pulsión destructiva* (Freud, 1926, p. 200).

Solamente al nivel del sistema Pcs-Cs se puede sostener que la pulsión es representada por el afecto (Laplanche 1990). La supresión no es por tanto una represión en el inconsciente<sup>88</sup> como suele ocurrir con la representación, más concretamente con su representante ideativo<sup>89</sup>. Es una *operación psíquica que tiende a hacer desaparecer de la consciencia un afecto de contenido desagradable* (Roudinesco, 2000, p. 649), *incidiendo a nivel de la segunda censura (consciente/preconsciente)* (Laplanche y Pontalis, 1990, p. 392). Es un trabajo en el nivel del Yo, que implica una lucha entre instancias yoicas y Superyóicas bajo la égida del Yo-ideal. Se distinguen dos momentos: un primer momento en que se produce la desarticulación afecto y representación y un segundo momento en el cual la representación, ahora neutralizada, puede volverse consciente.

La inhibición o eliminación del afecto por supresión impide la subversión libidinal (Dejours, 1992), algo esencial en el trabajo psíquico de las pulsiones para atenuar la violencia. Las comunicaciones del cuerpo y sus mensajes afectivos se retienen o se cortan en el registro psíquico y se alejan del inconsciente. El problema central de las somatizaciones está en este bloqueo de las excitaciones: ante la incapacidad de representación, surge la somatización para evitar la destructividad (Casetto, 2006), encontrando en el cuerpo una posibilidad de expresión.

#### **V.2.3.2.2. Sobre la desaparición de la angustia en los trastornos psicosomáticos**

La angustia somática, sin representación psíquica y carente de sentido, surgió por primera vez en la descripción de las manifestaciones somáticas de las neurosis actuales (Freud, 1894). De hecho, el sustrato de la angustia es siempre somático: lo que puede ser somático o psíquico es el factor desencadenante (Lourenço, 2009).

---

<sup>88</sup> La represión implica la separación entre quantum de afecto y representación; desde el punto de vista topográfico, opera inconscientemente a nivel del Yo y su producto es inconsciente.

<sup>89</sup> (...) *el inconsciente, es decir, el reprimido* (Freud, 1920, p.33).

La angustia desvela la primacía de la dimensión económica y corporal de la pulsión desde sus orígenes: resulta del desfase entre la inscripción de la excitación en el cuerpo y la inscripción de la excitación en el psiquismo, en función del exceso energético o de la insuficiente elaboración psíquica de la excitación somática (Barbosa, 2008). Es una intensidad que no se ha transcrito en cualidad psíquica, sino que ha permanecido en el dominio de lo irrepresentable y por eso está destinada a la compulsión a la repetición. Dada la prevalencia del desligamiento entre los elementos afectivos y representativos, accede directamente a la consciencia, resultando en una descarga bruta y desorganizada (Freud, 1923) que puede culminar en una somatización.

En un primer momento y mientras que la depresión esencial se instala, la angustia, más arcaica y primaria, está más cerca de la angustia automática, reproduciendo un estado de desbordamiento (Rosenberg, 1998). Sin embargo, en el transcurso de una desorganización mental, la instalación de la depresión esencial conlleva una degradación y un abatimiento de los afectos (Marty, 1990). Tras la estabilización relativa de la vida operatoria, la angustia disminuye o desaparece, como si el psiquismo se hubiera agotado y el sujeto fuera incapaz de sentir. Si por un lado este aspecto clínico es importante como característico de la somatización, por el otro hay que considerar que existen diferentes formas de somatización<sup>90</sup>: hay pacientes que no manifiestan angustia y también se ponen enfermos en medio de excesos —rabia o pasión, por ejemplo—, es decir, ante situaciones que dan cuenta de un desbordamiento. Los afectos adquieren una magnitud tal que no pueden ser representados, y como tal, elaborados y descargados adecuadamente. Aun así, no se trata de pacientes con pensamiento operatorio o depresión esencial, sino que en ellos el psiquismo se agota por un exceso. Es decir, que se trata de pacientes que poseen capacidades simbólicas considerables pero se defienden contra su vitalidad interna intensa, deseando no-desear.

#### **V.2.3.3. Compulsión a la repetición más acá y más allá del principio del placer: ¿autodestructividad o supervivencia psíquica?**

El tema de la repetición surge explícitamente por primera vez en *Dinámica de la transferencia* (Freud, 1912). En *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), Freud plantea que es a través del retorno de lo reprimido —esencialmente del deseo sexual— que se

---

<sup>90</sup> En el cap. VI se desarrollarán los distintos modos de somatización.

manifiesta la compulsión a la repetición motorizada en ese momento por el principio del placer. En *Más allá del principio del placer* (1920) retoma la descripción de repetición planteada en *Lo ominoso: en lo inconsciente anímico, en efecto, se discierne el imperio de una compulsión de repetición que probablemente depende, a su vez, de la naturaleza más íntima de las pulsiones* (Freud, 1919, p. 254).

A partir de sus observaciones, particularmente del fenómeno de transferencia, de los sueños de los pacientes con neurosis traumáticas y del juego de la bobina, encuentra entre ellos un elemento común: la compulsión a repetir. Cuestiona el destino de lo irrepresentable de la pulsión y los distintos modos de compulsión a la repetición en cuanto expresión de la pulsión de muerte (Barbosa, 2008) y su tendencia a reducir las tensiones al nivel cero, hasta el retorno a un estado inanimado anterior a la vida (Freud, 1920). Ante la imposibilidad del aparato psíquico de dominar el monto de excitación (Barbosa, 2008), la angustia reengendra, bajo una compulsión, la repetición de la situación experimentada: esa energía no-ligada, impedida de acceder al psiquismo, corresponde a la pulsión de muerte.

Una vez destronado el Principio del Placer del gobierno de la vida psíquica, se plantea la hipótesis de una compulsión a la repetición más allá, que reinstala vivencias traumáticas: consiste en la reproducción de situaciones traumáticas originales que no son en sí mismas placenteras, y que serán revividas con nuevos ropajes consciente o inconscientemente (Freud, 1920).

A propósito de la neurosis traumática, que a diferencia de las otras neurosis puede encontrar su etiología en otros momentos fuera de la infancia, Freud (1938 [1940]) refiere la importancia de los graves choques somáticos: repite el trauma, *no por su contenido o significado simbólico, sino más bien por la intensidad de la estimulación* (Gottlieb, 2003, p. 865). La pobreza elaborativa va de la mano con *el incremento del automatismo de la repetición, conduciendo al agotamiento de la investidura* (Chevnik, 1998, p. 2). En *el factor repetitivo más allá del principio del placer, la pulsión de muerte actúa como factor interno de la dificultad de elaboración* (Miguel, 2005, p. 20). Esta hipótesis abre la puerta a la investigación en psicósomática.

Pero, no obstante el carácter demoníaco que subyace a la repetición, se puede reconocer también como un intento de que un acto se revierta en palabras (Barbosa, 2008), que busca ligar psíquicamente lo que amenaza el equilibrio y, de ese modo,

hacerse representar: *una excitación dolorosa que intenta ligar el exceso de tensión e inscribir lo traumático* (D'Alvia, 2005, en Maladesky, 2005, p. 97).

En suma, la compulsión a la repetición es el mecanismo de la pulsión de muerte, responsable de la repetición *más acá o más allá del principio del placer*: se le pueden reconocer dos funciones, lo que implica también el reconocimiento de su carácter paradójico.

#### **V.2.3.3.1. Compulsión a la repetición más acá del principio del placer**

El dominio de la repetición no se restringe al campo de la psicopatología: pérdida y repetición son componentes esenciales en la estructuración del psiquismo (Virside, 2001). La compulsión a la repetición está por detrás de lo que aún no ha sido elaborado, aún no se ha pensado, de la cosa-en-sí psíquica que intenta ser inscrita y dominada (Ibíd.). La repetición de lo displacentero, más acá del principio del placer (Lutenberg, 1993), corresponde al circuito represión-retorno del reprimido propio de la estructura edípica y, como tal, sigue dentro de un circuito representacional: la libido permanece ligada a representaciones psíquicas y la repetición tiene por objetivo posibilitar la intrincación de la pulsión de muerte. El trauma se repite en la búsqueda de la satisfacción alucinatoria del deseo y del acceso a la creación, en un esfuerzo para aliviar al aparato psíquico de una cantidad psíquica susceptible de sobrecargarlo. Se manifiesta, por ejemplo, en los sueños, en la psicopatología de la vida cotidiana<sup>91</sup> y es evidente en el juego de la bobina. La fuerza que impele a repetir, busca vincular psíquicamente la energía y es donde lo nuevo podrá surgir. Así, desvela la positividad de la pulsión de muerte y su trabajo al servicio de la supervivencia psíquica: se asocia a elementos innovadores, condición esencial para la representación y simbolización, es decir, que se asocia a la creación mediante su intrincación con la pulsión de vida.

#### **V.2.3.3.2. Compulsión a la repetición más allá del principio del placer**

Surge otra tendencia paradójica, enigmática e incapaz de encuadrarse en el marco del principio del placer, una tendencia que desafía los mecanismos biológicos de equilibrio y homeostasis (López, 1996). Tributaria de la pulsión de muerte, la

---

<sup>91</sup> En los lapsus y en los chistes.



compulsión a la repetición más allá del Principio del Placer, o repetición tanática, consiste en una repetición de lo displacentero que remite a momentos preedípicos, más bien a etapas del narcisismo primitivo. Se expresa particularmente en las patologías que se caracterizan por una constitución deficitaria del narcisismo, donde se incluye la patología psicosomática: los procesos de desunión-desintegración dan cuenta de la autodestructividad inherente a esta repetición demoníaca.

Resulta de un inconsciente escindido (Braier, 2000) y pertenece al circuito desmentida-retorno de lo desmentido. La desmentida de lo traumático impide el reconocimiento de su origen y de sus efectos. De hecho, los cuadros psicosomáticos más severos cursan de modo silencioso y se caracterizan por una retracción yoica, movimiento que conduce a alteraciones en la relación con el mundo externo — sobreadaptación— y en el mundo interno como déficit representacional.

La destructividad vinculada con la repetición más allá, tiene que ver con la fijación en un trauma precoz (Freud, 1926), o sea, con heridas narcisistas no representadas puesto que corresponden a experiencias preverbales<sup>92</sup>. De este modo, no pueden ser recordadas, como tampoco pueden ser vinculadas a la energía psíquica ni anuladas por su repetición: la repetición de lo mismo sin traer nada de nuevo sobrecarga el aparato de excitación. Traspasados los límites representacionales y excedidas las posibilidades de elaboración psíquica, el sujeto ingresa en el umbral del trauma. La compulsión a la repetición funciona entonces como un desperdicio energético, repitiendo interminablemente la demanda de lo nuevo, pero sin alcanzarlo: es una repetición idéntica, cerrada e inmutable, que excluye la posibilidad de innovación y que lleva la marca indeleble de la autodestructividad de la pulsión de muerte.

La destrucción permanente y la repetición de lo mismo, impide la intrincación pulsional que permitiría a la pulsión de muerte hacerse representar por uno de sus derivados. De este modo, en su intento de restablecer un estado anterior, pone en marcha la posibilidad de descarga en el cuerpo (Péruchon, M.; Orgiazzi-Billon-Galland, 2008). A la destructividad que sostiene esta repetición mortífera hay que añadir las defensas del Yo, arcaicas, inadaptadas y repetitivas, y que por eso resultan nocivas. Desmentida y escisión, son ejemplos.

---

<sup>92</sup> Bajo sentimientos de desamparo, de no ser amado; destructividad vinculada a la *neurosis de destino* en la cual el sujeto busca en la realidad la confirmación de situaciones traumáticas.

En cuanto mecanismo de la pulsión de muerte, la compulsión a la repetición repite elementos inconscientes fragmentarios, no simbolizados, que conducen a una operación anobjetal. La mente funciona sin referencias al significado, lo que explica por qué el tratamiento analítico de pacientes con trastornos somáticos exige un trabajo no de descifración, sino de construcción en un aparato psíquico destinado a una repetición estéril.

#### V.2.3.4. Trauma y representación en patología psicosomática

Un proceso de somatización encuentra su origen en un *fallo más o menos importante del funcionamiento mental ante el traumatismo* (Castellano-Maury, 2001, p. 51).

Concepto transversal al pensamiento freudiano, el trauma<sup>93</sup> resulta de un incremento de excitación en el sistema nervioso (Freud, 1892). Su comprensión evolucionó desde una deficiencia paraexcitatoria ante los estímulos externos (planteada de acuerdo con un modelo biológico) (Freud, 1920) hacia una aporía económica o contradicciones internas insolubles para el aparato psíquico (Bokanowski, 2005). Este cambio ocurre en el momento en que Freud reconoce la existencia de estímulos internos que actúan directa e ininterrumpidamente sobre el aparato psíquico.

Si consideramos el Yo como cuerpo interno que actúa como superficie tanto para los estímulos internos como para los estímulos externos, hay que reconocer que existen estímulos externos al Yo, pero internos al aparato. Es decir, que incluso los estímulos internos se reciben como oriundos del otro lado de la frontera del Yo: *las exigencias pulsionales provenientes del interior, no menos que las excitaciones oriundas del mundo externo, operan como traumas (...) El Yo desamparado se defiende de ellas a través de intentos de huida (represiones), que posteriormente se muestran ineficaces e implican restricciones permanentes en el desarrollo futuro* (Freud, 1926, pp. 198-199). La experiencia traumática afecta al funcionamiento simbólico cuando el exceso pulsional sobrepasa las posibilidades de hacerse representar. En cuanto fracaso de ligazón, el trauma surge como una herida que es testigo de los límites del campo representativo: siempre está relacionado con un exceso de excitación que rompe con el

---

<sup>93</sup> Trauma- término tomado del griego y que significa “herido”.

escudo protector. Estos desarrollos contribuyeron a avances metapsicológicos de relieve, en particular la segunda tópica y la segunda teoría de la angustia.

El modelo freudiano del aparato psíquico propuesto en la Carta 52 (1896) concibe el inconsciente y la memoria vinculados a una teoría del trauma y la irreductibilidad de algunas inscripciones a las transcripciones. Reconoce, desde luego, lo irrepresentable de la pulsión y la posibilidad de que el inconsciente también esté constituido por elementos más allá de lo reprimido. Así se distinguen las percepciones, que requieren una construcción, de las representaciones de cosa, susceptibles de transcripción en términos del proceso secundario en su ligazón con las representaciones de palabra y, por lo tanto, rescatables en el proceso psicoanalítico a través de la asociación libre. El trauma vincula la pulsión a la repetición, lo que presupone que la excitación deje registros que no alcanzan la representación: esto es esencial para la comprensión del trabajo de la pulsión de muerte, vehiculado por la compulsión a la repetición. Lo *sinistro* es entonces la constante repetición de lo mismo.

Hasta el final de su vida, Freud desarrolló la noción de trauma vinculándola cada vez más a las heridas narcisistas, lo que tiene particular importancia en la comprensión de la relación entre economía libidinal y patología psicosomática. Las capacidades del Yo para organizar ligaduras que permitan la transformación de la angustia automática en angustia señal (Freud, 1926) atestiguan la dimensión narcisista del traumatismo. La angustia, afecto sin nombre, se conceptualiza en términos cuantitativos, como *respuesta a un peligro real o imaginario que afecta al bienestar o a la supervivencia del sujeto o del objeto* (Freud, 1933, p. 89). Revela la inscripción en el psiquismo de intensidades que no se transcriben en cualidades, o sea, que no alcanzan el dominio de lo representable. Pero cuando la angustia no puede ser dominada dentro de los límites tolerables por las defensas habituales del Yo, exige modalidades defensivas más radicales que llevan a menudo a la destrucción de la cohesión de las formaciones psíquicas, engendrando un proceso autodestructivo. Es decir, que la cantidad de excitación puede generar un trauma psíquico interno provocado por *una cantidad de energía pulsional que supera la capacidad de contención (ligazón) del aparato psíquico*, que no solo *obstaculiza su funcionamiento apropiado y eficaz, sino que amenaza con dañar o destruir las estructuras psíquicas* (Schmidt-Hellerau, 2010, p. 632). Ante la imposibilidad de reorganización del psiquismo, se desencadenarían movimientos contraevolutivos, destructores de la organización libidinal existente: (...)

*lo temido, el asunto de la angustia, es en cada caso la emergencia de un factor traumático que no puede ser tramitado según la norma del principio del placer* (Freud, 1933 [1932], p. 101).

El trastorno psicossomático expresa una liberación o descarga de energía ante un exceso que no puede ser metabolizado psíquicamente, puesto que traspasa la capacidad yoica de transformación. Asocia así trauma —impresión primitiva de la infancia, esencialmente de contenido sexual y agresivo que provoca daños precoces al Yo— y angustia que, como reacción y señal, se presenta al Yo como una experiencia de desamparo. Como el lenguaje no está aún desarrollado, en el inconsciente quedan solamente trazos sensoriales, no huellas mnémicas. Esas impresiones permanecen como *experiencias sobre el propio cuerpo del sujeto, o percepciones sensoriales, que llevan a alteraciones del Yo comparables a cicatrices* (Fonseca, 2007, p. 233). La relación entre trauma y representación adquiere una importancia capital.

La teoría psicossomática contemporánea pone énfasis en la adversidad del impacto de un acontecimiento traumático en la capacidad de simbolización, algo esencial para la integridad corporal (Taylor, 2010, en Aisenstein, 2010). En cuanto base de la vida mental, las representaciones psíquicas son amplias vías asociativas que permiten el flujo de excitaciones concediéndoles un sustrato propiamente psíquico. Por su carácter disruptivo, la patología psicossomática puede considerarse como coextensión de la teoría del trauma, pues el meollo está en el factor traumático (M'Uzan, 2006) que haría avanzar la desorganización.

En cuanto exceso pulsional derivado de eventos reales o imaginarios, el trauma contribuye a la comprensión de la enfermedad, aportando datos significativos para la relación terapéutica en cuanto gestión de ese exceso. Su definición se sostiene en la concepción económica que se apoya en el aspecto cuantitativo de las pulsiones, y en la necesidad de *dominarlas psíquicamente* (Freud, 1920). El factor económico está relacionado con una experiencia que, en un corto período de tiempo, aporta a la mente un incremento de estímulos que es excesivamente poderoso para ser manejado o elaborado de manera normal (Freud 1916-1917).

La situación traumática se instala cuando los recursos psíquicos se revelan insuficientes para crear representaciones y simbolizar una experiencia que vincule las emociones despertadas por ella misma (Botella y Botella, 2002). Es decir, que el trauma hace avanzar la desorganización (Marty, 1993). Así, puede producirse una ruptura-

efracción de los límites del Yo que potencia la vulnerabilidad somática: la excitación invade el cuerpo, enfermándolo somáticamente.

Algunos autores postfreudianos (McDougall, Grinberg, D'Alvia) entienden el trauma como el efecto que tiene en el aparato psíquico el paradójico encuentro entre el exceso y la insuficiencia de las excitaciones que involucran a los instintos y a las pulsiones. Las situaciones traumáticas provocan una afluencia de las excitaciones, una caída de las excitaciones o una combinación de ambas, lo que constituye una amenaza de desorganización. Los traumatismos afectan en primer lugar al aparato mental, que intenta tramitar en su interior la variación de excitaciones que aquellos provocan hasta llegar al terreno somático: las experiencias de la vida cotidiana capaces de desencadenar conflictos psíquicos, dolor mental o incluso excitaciones agradables pueden a menudo hacer resurgir o actuar como disparadores de las eclosiones psicosomáticas (McDougall, 1986).

Bajo el peso de circunstancias externas o internas insoportables, el psiquismo puede buscar como salida para la tensión y reposición del estado anterior una regresión del funcionamiento psíquico o una desorganización, movimientos que anteceden a la eclosión de disturbios somáticos. El exceso corresponde a una sobrecarga cuantitativa de excitación inesperada, no dominada, que se puede vivenciar como desamparo, como pánico. La insuficiencia frente al vacío psíquico y a lo intraducible es producto de fallos representacionales del Yo que remiten a su escisión (D'Álvia, 2005). Ante el incremento pulsional y un Yo debilitado, el sujeto está más vulnerable a trastornos transitorios o duraderos de la condición traumática. Los duraderos son los que surgen a menudo en la clínica bajo la forma de alteraciones somáticas, y en ellos predominan las retracciones narcisistas con drenajes libidinales.

En términos económicos, la intensidad del trauma, es decir, la potencia cuantitativa de energía producida por determinados acontecimientos, está íntimamente relacionada con la capacidad del sujeto para soportar el dolor psíquico. Esta capacidad depende de los recursos que haya desarrollado a lo largo de su vida y de la intensidad o duración de la tensión. La fuerza del traumatismo y la vulnerabilidad del Yo son determinantes en las consecuencias traumáticas (Rabenou, 1986, en Fleming, 2003). Un trauma no es traumático más que en relación al sujeto y a su organización psíquica, a sus capacidades de simbolización y de elaboración (Asseo, 1994): es decir que la experiencia traumática es siempre subjetiva.

Los efectos de la pulsión de muerte en psicopatología pueden considerarse como una puesta en acto que actualiza las huellas de impresiones traumáticas sin inscripción psíquica. Sin embargo, cualquiera que sea su gravedad, el traumatismo puede al mismo tiempo ser organizador o productor de síntomas (Freud, 1926). En cuanto intento de tratamiento para la angustia proveniente de las experiencias traumáticas, el síntoma asume un carácter paradójico: al mismo tiempo que se esfuerza por ligar grandes sumas de excitación no dominadas psíquicamente, reproduce las condiciones económicas del trauma (Barbosa, 2008).

#### **V.2.3.4.1. Los dos tipos de trauma: psíquico y prepsíquico**

Una de las contribuciones más importantes de Freud a la comprensión de la psicopatología fue la referencia a lo traumático en cuanto fracaso de la ligazón pulsional en un *psiquismo temprano, con diferentes registros mnémicos, que quedaría perturbado por la exposición a la vivencia traumática* (Jarast, 2009, p. 247). La literatura psicoanalítica propone dos tipos de estructura del trauma que resultan en distintos niveles de gravedad (Aisenberg, 2010): en el trauma psíquico, el acontecimiento traumático se comporta como un símbolo e implica la representación de la experiencia traumática y una transformación estructuradora que organiza la psique; el trauma prepsíquico, temprano o precoz, es el que asume los efectos potencialmente desorganizadores más perturbadores de las organizaciones psíquicas y adquiere especial importancia en patología psicopatológica.

El trauma temprano es prepsíquico, prerepresentacional y, como tal, no simbolizado. Tiene que ver con los afectos violentos o desagradables vinculados a trazos de memoria perceptivos precoces que no fueron reprimidos<sup>94</sup> y que están relacionados, esencialmente, con la situación de desamparo: el trayecto de la destructividad va del trauma precoz a la fijación al trauma y desde ahí a la compulsión de repetición en su *vertiente fanática* (Braier, 2005). La *influencia compulsiva más intensa proviene de aquellas impresiones que alcanzaron al niño en una época en que no podemos atribuir receptividad plena a su aparato psíquico* (Freud, 1939 [1934-38], p. 121), *una época en la cual las tempranísimas impresiones recibidas (...) exteriorizan*

---

<sup>94</sup> Lo que justifica las particularidades del trabajo clínico con estos pacientes y los coloca en los límites de la analizabilidad.

*en algún momento efectos de carácter compulsivo que se terminarán plasmando en rasgos de carácter* (Ibíd, p.126).

En cuanto testigo de la imposibilidad de inscribir una ligadura representacional, la enfermedad somática introduce una corporeidad que en su concreción legitima el sufrimiento del paciente y permite nombrarlo: como consecuencia traumática, el cuerpo se altera en su materialidad, en lugar de alterarse en sus representaciones. Es decir, que las consecuencias traumáticas se instalan en un cuerpo que le sirve de continente y desempeñan una función paraexcitatoria.

El trauma psíquico está más cerca de la regresión mental, mientras que el trauma prepsíquico, al ser irrepresentable, lleva a desorganizaciones más profundas y somatizaciones más graves.

Traumático es lo no-representado, lo que permanece como energía libre, como pura angustia. La somatización podrá configurarse como destino para esa energía, en cuanto puesta en escena de la investidura de huellas sensoriales traumáticas prepsíquicas, puesto que no han disfrutado de procesamiento psíquico: esto demanda creatividad en la clínica e implica la construcción de lo nuevo (Aisemberg, 2005). Al no poder estructurarse, se someten a la compulsión a la repetición en su búsqueda de ligadura y significado, pudiendo cortocircuitar para el soma: son vivencias carentes de representación y palabras, que llevan el desamparo y la angustia mortífera hasta el cuerpo, último lugar de anclaje antes de la disolución psíquica. El cuerpo expresa lo que no se ha codificado simbólicamente (McDougall, Cohen, 2000) circunscribiendo lo irrepresentable, aunque de un modo ilegible.

Freud plantea la distinción entre dos cargas energéticas a las que el aparato psíquico tendrá que enfrentarse: *dos tipos de catexias de los sistemas psíquicos o sus elementos, una catexia que fluye libremente y presiona en el sentido de la descarga, y una catexia quiescente* (1920, p. 41).

Ante situaciones traumáticas, dañosas e inesperables, la mente responde con una compulsión a repetir. La dimensión económica de los traumas, las características e intensidad de las defensas que se ponen en juego, las consecuencias de ello y las circunstancias que pueden o no reactivarlos son los factores que en definitiva determinarán el ingreso o no en el terreno de la psicopatología (Braier, 2005) y en el desencadenamiento de una somatización. Una experiencia que ha originado una

emoción intensa e intolerable y que no puede ser procesada psíquicamente o sea, un *afecto desbordante superaría la capacidad del preconscious para su elaboración, y toda comunicación de fantasías inconscientes, así como cualquier acercamiento por la vía de la interpretación simbólica, inundaría aún más el aparato psíquico, que se hallaría en estado deficitario* (Ulnik, 2010, p. 28).

#### **V.2.4. El Preconsciente: ¿eje central en patología psicosomática?**

El preconsciente opera las ligazones entre representaciones de cosa/representaciones de palabra, y de este representante ideativo con los afectos, aspecto que constituye la clave fundamental de su regulación. Es el depósito de las representaciones mentales necesarias para la simbolización, cuya cantidad resulta de la acumulación de representaciones a lo largo del desarrollo individual. *La cualidad del preconsciente está determinada por la disponibilidad de evocación de representaciones, por la posibilidad de asociación a otras representaciones y por su permanencia* (Marty, 1990, p. 58). Esto hace viable el flujo de excitaciones, integra las demandas pulsionales y subsidia la formación de síntomas generalmente mentales, pero ocasionalmente físicos (Marty, 1993): *sin la mediación del pensamiento consciente o preconsciente, suelen producirse desorganizaciones somáticas* (Kalinich, 1994, p. 259).

Marty (1993) aprecia la economía psíquica tomando como referencia el buen funcionamiento de la primera tópica freudiana, lo que para él garantizaría la ausencia de depresión esencial y de vida operatoria. Sigue un principio evolucionista que concibe el preconsciente como *estratificado en capas de funcionalidad jerárquica* (Fernández, 2002, p. 126) que arrancan en procesos somáticos y que en sus capas superiores se relacionan con el consciente: el buen funcionamiento de la primera tópica es necesario para la progresiva formación de la segunda tópica y el buen funcionamiento de esta garantiza el de la primera.

Para Marty, la patología psicosomática resultaría de un déficit estructural del funcionamiento preconsciente que perturbaría la representación, característica principal de la estructura psicosomática. La reducción de la cantidad y cualidad de las propiedades preconscious implica un encogimiento de sus capas —*piel de zapa*— que encuentra sus orígenes en la desorganización mental, el trauma prepsíquico o conflictos de fuerte carga instintiva (Aisenstein; Aisemberg, 2010). La cualidad de la



mentalización depende de la cantidad y cualidad de las representaciones preconscientes, o sea, de la red simbólica creada en la infancia, de la consistencia y solidez de los objetos internalizados. Se aprecia acorde con los mismos tres ejes que definen el preconsciente: es decir, que Marty homologa mentalización y preconsciente. Sin embargo, hay que agregar otra cualidad: el dominio de la actividad representativa por el principio del placer-desplacer o por la compulsión a la repetición, o sea, la distinción entre una actividad representativa libre y una hiperactividad representativa impuesta por la repetición (Aisenstein, 2008).

El funcionamiento operatorio estaría relacionado con los fallos de mentalización consecuentes a ese encogimiento: el preconsciente se borra y el sujeto se aísla de su inconsciente, de su propia historia. Discurso consciente y soma quedan cara a cara. La insuficiencia del preconsciente implica una carencia funcional, esencialmente relacionada con una indisponibilidad afectiva de la madre en el inicio de la existencia que obstaculizó la constitución de un sistema de representaciones ligado a los afectos (Jaeger, 2009). Así se justifica la dependencia que los pacientes psicossomáticos presentan frente al objeto y la propuesta de una estructura psicossomática que se va a discutir a continuación.

Sin embargo, el problema en psicossomática no se puede restringir a la primera tópica freudiana, puesto que el funcionamiento psicossomático depende de las relaciones dinámicas, tópicas y económicas que se establecen entre las tres instancias del aparato psíquico. Marty parece *considerar las tópicas freudianas como etapas evolutivas del desarrollo mental, o sea, como dos sistemas que se deben asociar evolutivamente, aunque las dos tópicas sean dos modelos explicativos del aparato psíquico* (Ulnik, 2000, p. 7). De hecho, el preconsciente ejerce una función de regulación del funcionamiento psicossomático: las descargas de excitación encuentran resguardo en las representaciones existentes. No obstante su importancia, Marty relega el inconsciente al segundo plano: *la palabra mental y el concepto de mentalización son las bisagras fundamentales* (Ulnik, 2000, p. 16). Sustituye progresivamente las palabras psíquico, aparato psíquico, preconsciente y representación de palabra por mental, aparato mental, mentalización y representación mental.

Al homologar lo psíquico a lo mental, Marty anula una distinción esencial en Psicoanálisis, que es la distinción entre dos procesos distintos: el procesamiento psíquico y la elaboración mental. El primero implica la transformación de una cantidad

(suma de excitación o monto de afecto) en *una cualidad aunque, más allá de un determinado rango, las conexiones asociativas entre representaciones se vean dificultadas* (Ulnik, 2002, p. 145); este proceso es el que va a permitir la integración en el aparato psíquico de la excitación que proviene del cuerpo, para que posteriormente se establezcan otras ligazones. La elaboración mental permite el fluir de las excitaciones incapaces de descargarse o cuya descarga es, en el momento, indeseable (Freud, 1920).

Con esta homologación, Marty parece asumir una posición semejante a la de Adler y Jung, y este fue uno de los motivos de su ruptura con Freud: el sobreinvertimiento en el Yo y en la personalidad, alejándose del pilar fundamental del Psicoanálisis, el inconsciente pulsional. En una carta a Groddeck, Freud (1917) plantea que el acto inconsciente ejerce sobre los procesos somáticos una acción plástica intensa que no consigue jamás el acto consciente. Asimismo, si el inconsciente es el intermediario entre lo psíquico y lo somático (Freud, 1917) y la pulsión un concepto fronterizo, hay que reconocer que el problema no se puede ubicar estrictamente a nivel preconscious. En *Psicosomática Psicoanalítica*, las relaciones entre inconsciente y cuerpo adquieren particular importancia (Lionço, 2008). De hecho, *la actividad fantasmática parte del trabajo efectuado por el psiquismo para dominar e integrar la energía pulsional y la excitación, conectándola y derivándola* (Bergeret, 1998, p. 285). Así, aunque las fantasías sean conscientes y se procesen a nivel preconscious esencialmente bajo el proceso secundario, sus raíces siempre son inconscientes: *el inconsciente es el constructor principal del edificio del sueño, en el que el preconscious solo aporta los ladrillos* (Ulnik, 2000, p. 8). Es decir, que *lo psíquico genuino es inconsciente* (Chiozza, 2005, en Maladesky, 2005, p. 81).

Al pensamiento de Marty también le falta una teoría general de la representación a la que, no obstante, no deja de referirse. Definiendo las estructuras mentales de acuerdo con su grado de mentalización, se fija en la cuestión de la representación, relegando a un segundo plano el problema de los afectos, que es esencial: es la *carga ligada a los afectos y a las emociones la que, al no ser elaborada, se queda fuera de los procesos de mentalización* (Vidigal, 2002, p. 47).

Con la excepción de las “neurosis mentales” y las “neurosis bien mentalizadas”, todas remiten al compromiso de la capacidad de simbolización y a una carencia funcional del psiquismo (Peres Santos, 2006). Los procesos de somatización derivan de una insuficiencia o indisponibilidad de las representaciones preconscious que deja el

cuerpo desprotegido y entregado a un lenguaje primitivo esencialmente somático: los pacientes tienen un grado deficiente de mentalización y presentan particularidades estructurales compatibles con las que caracterizan las neurosis de comportamiento o las neurosis mal mentalizadas (Marty, 1998). Sin embargo, si se ubica el problema en el preconsciente y en las dificultades de mentalización, queda por explicar por qué algunos sujetos con neurosis mentales o bien mentalizadas<sup>95</sup> —neuróticas o psicóticas— suelen ponerse enfermos, del mismo modo que algunos sujetos con una carencia funcional del psiquismo y pensamiento operatorio pueden permanecer somáticamente saludables. De hecho, y aunque la sintomatología psíquica parezca conferir una protección somática, todas las personas pueden somatizar. Es decir, que el funcionamiento mental no garantiza una somatización, ni tampoco confiere una inmunidad total. Ante determinadas condiciones psíquicas que potencian la vulnerabilidad psicosomática, también pueden ponerse enfermos algunos pacientes con capacidades considerables de simbolización. Tampoco se explica la alexitimia focalizada en la cual los pacientes manifiestan un estado afectivo en particular —*desestimación del afecto* (Maldavsky, 2005)— solo ante un afecto-problema que se desvela desbordante.

La perspectiva martyniana parece entrar también en contradicción con los fundamentos de su propia teoría. Si el problema es estrictamente deficitario ¿hasta qué punto se puede hablar de regresión o desorganización mental para justificar la enfermedad? ¿Y qué sentido tendrían las irregularidades del funcionamiento psíquico? Este carácter estructural deficitario ¿no imposibilitaría el tratamiento psicoanalítico? Es distinto considerar la cuestión estrictamente desde el punto de vista del déficit o contemplar la posibilidad de que sujetos con una estructura mental consistente somaticen ante la imposibilidad de drenaje de la tensión en el aparato psíquico. Aunque puedan existir déficits estructurales en algunos sujetos, estos no bastan para justificar las enfermedades psicosomáticas. La mente, permanentemente confrontada con una determinada cantidad de trabajo de simbolización que tendrá de realizar, puede no conseguir hacerlo en determinados momentos. El aparato mental puede hallarse en un nivel deficitario que lleva a movimientos regresivos o desorganizadores que suelen culminar en somatizaciones, sin que obligatoriamente resulte de un fallo originado en

---

<sup>95</sup> Las neurosis bien mentalizadas presuponen que el mecanismo de represión de la neurosis mental funciona adecuadamente, para que los contenidos inconscientes puedan emerger bajo la forma de pensamientos, fantasías, sueños, asociaciones de ideas.

un déficit estructural. La somatización puede, incluso, configurarse como una defensa ante un exceso de excitación.

Intentando llenar el hueco que la perspectiva deficitaria deja por explicar, Fain (1974) propone el concepto de desmentalización. Es un fenómeno que describe la interrupción de la vida pulsional y la entrada en la vida operatoria, impidiendo o rompiendo cadenas representacionales. Lo que constituye una fuente de conflictos pulsionales, es cortocircuitado por la vida operatoria, que borra la alucinación onírica. Esta deja de cumplir su función de guardiana del sueño: la regeneración del organismo que favorece la profunda satisfacción de la regresión al narcisismo primario durante el sueño. Para Fain, la alucinación satisfactoria del deseo, núcleo central del narcisismo primario (Jaeger, 2009), está bloqueada y el Yo se organiza y se desarrolla prematuramente de forma autónoma. Sin embargo, y aunque va más allá de una perspectiva deficitaria, al plantear la cuestión como déficit de mentalización o desmentalización mantiene el enfoque en el preconscious.

Las insuficiencias de organización del preconscious se encuentran en los sujetos con sueños operatorios que repiten actividades banales del día. Eso apunta todavía a un alejamiento o aislamiento momentáneo o permanente de su inconsciente (Jaeger, 2009), lo que dificulta el acceso de las pulsiones a las representaciones preconscious (Deburge, 2001). El aislamiento del inconsciente, o un inconsciente escindido, no permite el acceso a las representaciones de cosa, como tampoco permite que se cumpla el trayecto de la pulsión. Bajo este escenario de irrepresentabilidad, las percepciones funcionan como si fueran representaciones. La desorganización somática no atestigua la ausencia de toda la defensa psíquica, sino que constituye una suerte de eliminación de lo psíquico de la pulsión: los fantasmas brillan por su ausencia (Nicolaidis, 2003).

Así, no obstante la importancia del preconscious, es la ausencia de comunicación con el inconsciente lo que constituye el meollo del problema en patología psicosomática y lo que marca la verdadera ruptura del paciente con su propia historia: *el inconsciente es por cierto el verdadero intermediario entre lo somático y lo psíquico, quizás sea el eslabón faltante tan buscado* (Freud, 1917, en Assoun, 2000, p. 174).

Más allá del mecanismo de supresión que incide en la segunda censura hay que cuestionar qué es lo que pasa en el nivel de la primera censura, pues de otro modo, el sujeto podría soñar o asociar. Si lo reprimido constituye el inconsciente y si solamente se puede reprimir lo que previamente fue representado, las dificultades de comunicación

con el inconsciente en patología psicosomática son evidentes. Las sensaciones y vivencias corporales permanecen en el nivel inconsciente, como representaciones de cosa que tendrían dificultades en volverse conscientes y ser verbalizadas. El funcionamiento psicosomático se caracteriza por *la existencia de fantasmas, en particular inconscientes, arcaicos o indecibles, por la imposibilidad de acoplamiento de las representaciones de cosa y las representaciones de palabra* (Golse, 1997, p. 196). Sin la acción de los mecanismos que permiten el trabajo del sueño<sup>96</sup>, sin una censura que separe los procesos primario y secundario, las excitaciones acceden directamente a la consciencia de un modo traumático. Solo más adelante, si la pulsión consigue pasar el control de la censura e investir una representación de palabra en el preconscious (fuerte ligadura y débil desplazamiento), hay un deseo objetual (Gutiérrez, 2010). Su inaccesibilidad imposibilita el acceso a la palabra contenedora. En este sentido, la enfermedad somática ocupa el lugar de lo indecible.

Por tanto, en el trabajo clínico es necesario ayudar al paciente a crear representaciones que enriquezcan su inconsciente y su vida mental: *el sufrimiento en el cuerpo está relacionado no solo con la enfermedad y sus modificaciones somáticas, sino también con la movilización del mundo arcaico del sujeto* (Benoit, 1988, en Ulnik, 2008, p. 199). Dotado de subjetividad, el sufrimiento puede prescindir de expresarse somáticamente y vivenciar los conflictos a nivel psíquico.

### **V.3. ¿Estructura psicosomática o particularidades del funcionamiento psíquico?**

Los dos modos de funcionamiento mental —neurótico y no neurótico— se cimentan en las concepciones freudianas de psiconeurosis y neurosis actuales. El primero se construye a partir de huellas de memoria marcadas por la experiencia de satisfacción con el objeto primario, mientras que el funcionamiento no-neurótico encuentra su origen en huellas sensoriales derivadas de la experiencia dolorosa y que no han sido transformadas en tejido psíquico (Freud, 1895).

El funcionamiento operatorio se ubica a medio camino entre neurosis y psicosis, obedeciendo apenas parcialmente a momentos que determinan la instalación de una u otra. Se guía por el empobrecimiento de la actividad mental y carece de compensación

---

<sup>96</sup> *La interpretación de los sueños* (Freud, 1900).

psíquica: las somatizaciones no son conversiones histéricas ni tampoco restituciones psicóticas. Es decir, que el paciente no recurre al mundo de la fantasía para sustituir la realidad frustrante como en la neurosis ni recrea como en la psicosis. El paciente psicosomático no es neurótico ni *loco en absoluto, contrariamente al psicoanalista, que siempre lo es un poco*. Es un sujeto normal que no es totalmente normal, sino *anormalmente normal* (Green, 2005, p. 128).

La propuesta de una “personalidad o estructura psicosomática” conglomerada indicios clínicos psicopatológicos susceptibles de favorecer económicamente el desarrollo de somatizaciones, habitualmente graves. Se basa en la relación entre una organización psíquica específica y el desarrollo de un tipo particular de somatización, favorecida de modo privilegiado por una *parte basal e inamovible, que se define por su organización* (Ulnik, 2000). Pero si la configuración del paciente operatorio ha traído modificaciones importantes para la práctica clínica (Smadja, 2003), la definición de características constitucionales, estables y permanentes inherentes al concepto de estructura suscita, por otra parte, contradicciones en lo que concierne a la comprensión de la patología psicosomática.

Marty (1962) explica el pensamiento operatorio en función de un déficit estructural preconsciente que se asienta en una supuesta carencia funcional. Más allá de la idea de causalidad implícita, considerar la hipótesis de una estructura psicosomática viene a reforzar la perspectiva jerarquizada y estructuralmente deficitaria que plantea, marginalizando el recurso a la salida psicosomática como defensa hacia vivencias afectivas intolerables. Restringir la comprensión de la patología psicosomática a una perspectiva económica, causal y deficitaria es, en sí mismo, deficitario. Así ¿cómo se explicaría la posibilidad de que cualquiera puede ponerse enfermo? Y ¿cómo justificar el hecho de que algunos sujetos cuya vida mental se rige por el funcionamiento operatorio no somaticen?

Hay pacientes que presentan estados operatorios sin trastornos somáticos, mientras que otros *padecen de somatosis sin una base operatoria significativa* (Aisemberg, 2005, en Maladesky, 2005, p. 30). Aun así, y aunque se reconozcan a menudo rasgos psíquicos característicos en pacientes psicosomáticos, dichos rasgos no son exclusivos de estos pacientes ni *configuran una personalidad psicosomática* (Ulnik, 2008, p. 209). Es decir, que el funcionamiento operatorio puede llevar o no a una somatización, pudiendo también expresarse, por ejemplo, por la vía comportamental,

como es el caso de los pacientes *borderline*. Del mismo modo que no todos los pacientes con funcionamiento operatorio se ponen enfermos, la enfermedad orgánica también puede surgir sin que se pueda responsabilizar al gobierno de la vida psíquica. Aunque Marty plantee una incompatibilidad entre psicosis/neurosis (puesto que las cualifica como bien mentalizadas) y somatización, no se puede negar que también estos pacientes somatizan.

El pensamiento operatorio puede surgir previamente a una somatización o expresar alteraciones del funcionamiento mental como consecuencia de la instalación de una enfermedad. Por ejemplo, a partir de un determinado umbral de medicalización y cronicidad, pueden producirse transformaciones defensivas que apuntan hacia la operatividad: empobrecimiento de los afectos, dificultades en el campo representativo, estereotipia del comportamiento y del pensamiento (Smadja, 2010).

Sin embargo, se puede reconocer una vulnerabilidad o potencial psicosomático, como *predisposición del funcionamiento psíquico para encontrar en la somatización una posibilidad de descarga* (McDougall, 1989, p. 112), ante condiciones que afectan a la economía libidinal e impiden el dominio de la excitación a nivel mental. Esa vulnerabilidad está relacionada no solo con una sexualidad inadecuada, sino también con la imposibilidad de procesamiento de la agresividad: es decir, con la imposibilidad de elaborar el conflicto a nivel mental debido a la pobreza de representaciones, la ausencia o falta de solidez de sus investiduras y la fragilidad de las defensas mentales (Castellano-Maury, 2001).

La patología no se inscribe necesariamente en una personalidad psicosomática, sino que puede resultar de un funcionamiento mental que amplíe la vulnerabilidad de los pacientes a la enfermedad física (Castellano-Maury, 2001). Así, hay ciertas características de la personalidad que aumentan *la vulnerabilidad a padecer de enfermedades somáticas como forma de respuesta a situaciones de crisis* (Ulnik, 2008, p. 203). Son *aspectos de la vulnerabilidad psicosomática el falso self adaptativo, la exigencia desmedida del Yo ideal, las fantasías edípicas y catastróficas, la sofocación de la agresión y su descarga hacia el cuerpo en forma de autoagresión* (Lenarduzzi, 2005, en Maladesky, 2005, p. 192). Las eclosiones psicosomáticas ocurren cuando el impacto de los afectos es tan disruptivo que sobrepasa las posibilidades de elaboración mental de las vivencias conflictivas (Franco, 1998). En este sentido, los síntomas *ocupan el lugar de un sueño jamás soñado* (McDougall, 1991, p. 134).

De hecho, *somos todos seres psicosomáticos* (Debray, 2001, p.9) pudiendo o no somatizar con más o menos gravedad ante condiciones psíquicas adversas, de acuerdo con la intensidad de la excitación, el impacto afectivo y la consistencia psíquica de cada uno. Así, cuando el impacto psíquico de los acontecimientos —conflictos internos o presiones externas— supera las defensas habituales contra el dolor mental, la excitación desbordante paraliza los medios habituales de descarga de las tensiones afectivas (McDougall, 1989) y alcanza el soma. Si *el hombre es psicosomático por definición* (Marty, 1990, p. 17) y si todos pueden somatizar, no hay por qué considerar lo psicosomático como una estructura: *no podemos hablar de “el paciente psicosomático” para referirnos a un tipo particular de estructura o personalidad, dado que pacientes psicosomáticos podemos ser todos* (Ulnik, 2008, p. 198).

Es decir, que un proceso de somatización se puede desarrollar en una pluralidad de organizaciones psíquicas sometidas a variaciones que favorezcan la formación de una enfermedad benigna y reversible o más grave, eventualmente irreversible.

### **V.3.1.Particularidades del funcionamiento operatorio: relación con las estructuras neuróticas y psicóticas**

Los más propensos a somatizar serían entonces los sujetos incapaces de contener el exceso de experiencia afectiva y elaborarla: *incapaces de reprimir ideas ligadas al dolor emocional e igualmente incapaces de proyectar esos sentimientos, de modo delirante, en las representaciones de las otras personas* (McDougall, 1994, p. 105). Desvinculado de la actividad fantasmática, el pensamiento se limita a ilustrar y a reproducir la acción. Las palabras no ofrecen protección ante la excitación y dejan de asumir la función de ligazón pulsional. Se vuelven estructuras *congeladas, vaciadas de sustancia y de significación*: un discurso inteligible, aunque destituido de afectos. En este sentido, el cuerpo se transforma en el portavoz de una historia sin palabras, de un sujeto que procesa pero no siente, que evoca aunque no recuerda.

Al igual que en la psicosis, en el funcionamiento operatorio se produce la negación aunque sin una neorrealidad compensatoria creada por actividad delirante y/o alucinatoria. Es decir, que mientras que en la psicosis es el pensamiento el que delira, en psicosomática el pensamiento se anula y es el cuerpo el que enferma. De hecho, la ausencia de delirio deja la patología psicosomática sin compensación psíquica, sin



hipótesis de *remiendo en el lugar en que originalmente surgió una hendidura en el Yo* (Freud, 1924, p. 169). También los mecanismos de defensa predominantes —en particular la negación y la escisión del Yo— están más cerca de los que operan en las manifestaciones psicóticas. Sin embargo, se pueden considerar también como antipsicóticos puesto que no hay restitución y los sujetos expresan sus dificultades de existencia por hiperadaptación a la realidad (Volich, 2000).

La distinción entre psicosis actual e histeria arcaica plantea un nuevo horizonte en la teoría psicoanalítica, lo que permite el reposicionamiento en la clínica con los pacientes somáticos y deja huellas importantes para la investigación. La psicosis actual (McDougall, 1989) se ubica en el límite entre neurosis y psicosis, y conglobera intersecciones entre Psicoanálisis, Psicósomática y Psicopatología. Aunque tenga por base un núcleo psicótico, remite a una problemática preneurótica, pues no hay producción de alucinaciones o delirios, sino que predispone el cuerpo a las enfermedades orgánicas ante situaciones que evocan sufrimiento mental. La psicosis actual resulta de mecanismos somáticos y no mentales, lo que la distingue de la sintomatología histérica originada por conversión. La eclosión de angustias arcaicas asociadas a fantasías primitivas que conducen al temor de la pérdida de la integridad corporal puede desencadenar somatizaciones. Así, se puede plantear la hipótesis de que si se evitara una somatización por tramitación psíquica, se desencadenaría una descompensación simbólica. En este sentido, la psicosis actual es un tema interesante para investigaciones futuras.

La patología psicósomática tiene que ver con un modo de funcionamiento más arcaico que la neurosis (Bergeret, 2007). Sin embargo, los síntomas orgánicos desencadenados en ese proceso no se construyen a partir de lazos verbales, como las manifestaciones corporales producidas por fenómenos histéricos. Aunque pretenda también evitar la realidad, la formación de compromiso no está implicada en los orígenes del síntoma neurótico. Esto se justifica por la incapacidad del recurso a *mecanismos de defensa característicos de las neurosis y porque no se trata de una comunicación del Yo* (Volich, 2000, p. 136): es la supresión y no la conversión el mecanismo defensivo predominante. El sufrimiento neurótico reposa sobre la expresión de un afecto de culpabilidad, mientras que el sufrimiento psicósomático reside no en un afecto, que es suprimido, sino en una constelación orgánica (Smadja, 2011). Así, los pacientes que tienden a reaccionar a los conflictos a través manifestaciones somáticas

no conversivas pueden considerarse antineuróticos: se trata de una insuficiencia de los recursos simbólicos, en oposición a la teoría de la formación histérica que resulta de la elaboración de fantasías reprimidas.

La histeria arcaica está relacionada con la somatización recurrente ante situaciones de sufrimiento mental, real o potencial. La exclusión de la consciencia de representaciones cargadas de afecto como recurso defensivo<sup>97</sup> implica que los conflictos mentales encuentran en la vía somática un lugar donde expresarse.

### **V.3.2. Del síntoma sentido al sentido del síntoma: ¿el síntoma psicósomático es “tonto”?**

Cuestionar el lugar de la patología psicósomática en la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica, así como la posibilidad de tratamiento psicoanalítico, implica reconocerle un sentido. Considerar la hipótesis de que la enfermedad orgánica asume un papel en la supervivencia psíquica protegiendo el Yo de una excitación intolerable que trasborda el aparato psíquico, es hacerlo también. No obstante la precariedad simbólica, preverbal y preresentacional que caracteriza la patología psicósomática, el cuerpo legitima el sufrimiento. La positividad de la enfermedad somática radica en esa posibilidad de atribución de un significado y de que cumpla una función para el sujeto, aunque esta función no sea reconocida con facilidad.

De hecho, el síntoma somático no tiene sentido como tal, pero lo tiene en el contexto de una patología somática (Smadja, 2005). No se descifra como el síntoma neurótico, que *descansa sobre una base simbólica* (Caparrós, 2008, p. 225), sino que exige la búsqueda de su sentido *en otro lugar que en la sexualidad psíquica, el conflicto edípico o la culpabilidad neurótica* (Ulnik, 2000, s.p.). Tampoco recrea como el síntoma psicótico, pero eso no implica que carezca en absoluto de sentido. La negatividad simbólica se expresa por un sufrimiento particular y silencioso. Sin embargo, eso no significa que el síntoma psicósomático sea necesariamente *tonto* (M'Uzan, 1963), independientemente de que tenga o no un sentido simbólico, tema que daría para otra discusión.

---

<sup>97</sup> En la psicosis, el afecto se expulsa junto con la representación (McDougall, 1991).

También hay que tener en cuenta que no todas las somatizaciones son del mismo orden: pueden *constituirse como punto de detenimiento de un movimiento de desorganización*, y desde esta vertiente pueden ser reorganizativas (Alarcón, Miguel y Rolla, 2005, p. 27), o destructivas, en el contexto de una desorganización progresiva donde no encuentran puntos de fijación libidinal en los que sostenerse. Así, es importante considerar la historia de cada uno, la etapa del desarrollo y el contexto en que emerge. En la búsqueda de la comprensión de su sentido hay que considerar la sintomatología psíquica que la acompaña, sus repercusiones afectivas, su evolución, y no considerarla simplemente como hipótesis última de descarga. En la adolescencia, por ejemplo, al tratarse de una etapa de reorganización pulsional, las somatizaciones son más frecuentes: una anorexia no tiene el mismo significado en un adolescente que en un bebé de un par de meses (Alarcón, Miguel y Rolla, 2005). Así, aunque simbólicamente precaria, la somatización puede tener distintas significaciones implícitas puesto que se pueden asumir, por ejemplo, como déficit o como defensa, tema que se desarrollará en el próximo capítulo.

El síntoma es portador de una intención (Dejours, 1997) y la *posibilidad de que exista ausencia de sentido es absurda* (Green, 2005, en Caparrós, 2008, p. 226). La somatización no es exactamente la neurosis en el cuerpo, ni tan solo un retorno regresivo a lo orgánico: es importante considerar *la reactivación de procesos elementales que no alcanzan la consciencia, dirigidos al encuentro con el otro y a la significación* (Casetto, 2006, p. 137). Así, una enfermedad orgánica puede asumir un valor objetual por ejemplo, en cuanto petición de ayuda, y ser investida afectivamente, aunque sea una simbolización rudimentaria y poco adecuada: una *simbolización protésica* que ocurre más frecuentemente cuanto más narcisista sea el paciente (Ulnik, 2000). En la clínica es esencial ayudar al paciente a desarrollar la capacidad para vivir el síntoma en otro registro que no sea el orgánico: para ello, hay que *hacer del cuerpo un lugar de renarcisización y religadura pulsional, de un discurso libidinizado* (Rolla, 2005, p. 28), mediante el préstamo de cuidados, reconociendo un sentido a la enfermedad y escuchando la petición de ayuda que subyace a ella.

El paciente psicósomático pone en comunicación soma y realidad externa, a expensas del trabajo mental (Green, 2010). Sin embargo, *renunciar a buscar una significación en la somatización sería equivalente a abandonar la interrogación del*

*sujeto del inconsciente* (Ulnik, 2000, s.p.: considerar que carece en absoluto de significado sería ubicarla más allá del dominio del Psicoanálisis.

Las somatizaciones no se pueden explicar cómo se explican las conversiones histéricas, pues no es el cuerpo erógeno el que se pone enfermo, sino el soma. De otro modo, ¿cómo explicar que puedan ocurrir lesiones orgánicas? Mientras que la histeria trata de las palabras en el cuerpo porque el psiquismo lo invade, en la somatización no hay palabras contenedoras, porque es la supresión de los afectos y no la represión de la representación lo que está en juego. Esta distinción es esencial y tiene profundas implicaciones en el trabajo clínico con los pacientes psicosomáticos. La insuficiencia fantasmática, dado su nivel preverbal, presimbólico, impide la representación y lleva a *la angustia no hacia el síntoma neurótico o el delirio psicótico, sino hacia la muerte* (Brisset y Sapir, 1966, en Vicente, 2005, p. 258). Así, en las enfermedades somáticas importa explorar la "capacidad de simbolización" implícita en la formación del síntoma y es menester aclarar de qué modo está afectada (Ulnik, 2000). ¿Es el síntoma psicosomático *tonto*? No, no lo es. *Tonto* sería desistir de buscar comprender *la significación inconsciente que se oculta en la somatización aunque dicha somatización no sea traducible y opere solo como una especie de "tapón" o de pantalla* (Ulnik, 2000, s.p.). *Tonto* sería no escucharlo y dejar, simplemente, morir.

#### **V.4. Conclusión**

Los desarrollos en Psicología Psicoanalítica reflejan el progreso del Psicoanálisis y la ampliación del campo de su trabajo clínico (Green, 2005). En los procesos de somatización el problema principal está en la tramitación simbólica, ya sea porque la representación nunca llegó a construirse o porque fue arrasada, a menudo, defensivamente. En todo caso, es la conexión afecto-representación la que está en juego: su ruptura imposibilita que la excitación somática sea procesada y que la pulsión cumpla su recorrido haciéndose representación psíquica. Cada elemento del par encontrará un destino propio: el afecto se suprime, mientras que la representación puede ser reprimida, eyectada o, a la vez, una vez neutralizada, puede permanecer y volverse consciente.

La patología psicosomática está relacionada con alteraciones en la economía erótica, subyacentes a un funcionamiento psicopatológico particular, que incrementan el

riesgo de enfermedad somática. Este riesgo se relaciona con la fuerza destructiva de la pulsión de muerte. No intrincada ni desintrincada, tiende a descargarse a partir del inconsciente primario o no representado. La *descompensación somática es consustancial a la violencia de la pulsión de muerte, una manifestación de compulsividad-destructividad* (Dejours, 2005, en Maladesky, 2005, p. 110). Si la pulsión de muerte no accede a la representación, no puede participar en el conflicto psíquico. Libre, actúa por su propia cuenta, expresando la tendencia a retornar a un estado anterior previo a la instauración del principio del placer en el aparato psíquico. La somatización es consecuente a la inversión libidinal y las pulsiones de muerte arrastran un movimiento desobjetalizante y finalmente *antinarcisista, agotando por las compulsiones perversas y mortíferas los recursos fantasiosos* (Chabert, 2008, p. 70). La despulsionalización (desapuntalamiento de la pulsión sobre la función) se instaura, llevando a perturbaciones del funcionamiento fisiológico (Aisenstein.; Aisemberg, 2010) que justifican la enfermedad. Así, y desde el punto de vista energético, se destaca que la somatización tiene que ver con la pulsión de muerte: su destino es volverse hacia el propio sujeto.

Con respecto al Psicoanálisis de los procesos de somatización, se propone una lectura bajo el “Modelo de la escalada”: en la regresión mental, los puntos de fijación libidinal funcionan como arneses que detienen la desorganización y permiten recuperar fuerzas para retomar la “escalada psíquica” en el sentido de la complejidad. La intrincación pulsional permite retomar este recorrido. La falta de puntos de apoyo compromete la posibilidad de intrincación entre pulsiones de vida y de muerte, instalándose una desorganización progresiva que puede llegar hasta la enfermedad somática.

De acuerdo con lo expuesto a lo largo de este capítulo, la somatización puede expresar un déficit, una defensa o ambos. Una explicación anclada estrictamente en un déficit estructural que implica una carencia funcional del preconscious (como plantea Marty), es claramente insuficiente para la comprensión del Psicoanálisis de los procesos de somatización: margina aspectos esenciales como el inconsciente pulsional, los afectos, la alexitimia focalizada y la evidencia de que todas las personas pueden somatizar. Entra también en contradicción con su propia teoría. Si hay un aparato deficitario ¿qué sentido tienen las regresiones o la desorganización? Y ¿qué representaciones se pierden si hay ya un déficit instalado? En este sentido, planteamos

que de hecho pueden existir *algunas fallas en el desarrollo del sujeto o déficits funcionales* —*siempre relativos y no absolutos, o focales y no generales* (Ulnik, 2000, s.p.)— y no un déficit estructural que justifique íntegramente el problema de la somatización y dé cuenta de una estructura psicosomática. Sí hay modos de funcionamiento que sostienen las somatizaciones —que pueden ser de distinto orden— y que justifican que también pueden ponerse enfermos sujetos con una considerable capacidad simbólica.

Se plantea entonces la hipótesis de que, ante determinadas situaciones, ya se trate de un incremento abrupto de excitación o de afectos intolerables, el aparato se desvela insuficiente para el procesamiento psíquico exigido y se vuelve deficitario, sin que por ello sea estructuralmente deficitario e impida toda representación. En el caso de los afectos intolerables, por ejemplo, planteamos la hipótesis que ese déficit puede simultáneamente expresar una defensa, si bien rudimentaria y poco adaptada a la vida, que lleva a una somatización: los afectos son psíquicos y somáticos al mismo tiempo, constituyendo un puente psicosomático por excelencia. El afecto que desborda la cadena inconsciente y desorganiza las comunicaciones destruye las estructuras productoras de sentido (Green, 1990, en Ulnik, 2010). Por tanto, a pesar de la autodestructividad implícita, también se puede reconocer la somatización como un intento defensivo al servicio de la supervivencia psíquica.

Esto implica también una discusión en torno a la falta de compensación psíquica en los trastornos somáticos. ¿Pueden la restricción simbólica y la somatización dar cuenta de una suerte de defensa, aunque primitiva, hacia la fragmentación del Yo? La descompensación psicosomática daría testimonio del fracaso de las posibilidades representativas y simbólicas, por *desbordamiento de las capacidades de ligazón y del trabajo elaborativo* (Dejours, 2005, en Maladesky, 2005, p. 107). Por consiguiente, aprehender la función y el sentido del síntoma es esencial, dado que puede servir como defensa hacia una desorganización psicosomática más grave (D'Alvia, 2002) o incluso configurar una petición de ayuda. La significación puede ser intrínseca o extrínseca, lo que quiere decir que a veces es una significación oculta y a la vez expresada por la enfermedad y otras veces es una significación que, aunque no esté contenida en la enfermedad misma, sirve como puente para enlazar la enfermedad con el psiquismo y “procesarla” de algún modo que permita la derivación de su carga energética por la vía de las palabras. De otro modo, el propio tratamiento psicoanalítico no tendría sentido,

como tampoco lo tendría hablar de psicósomática psicoanalítica: rechazar la posibilidad de una significación en la somatización es alejarla del Psicoanálisis. Aun así, el sentido del síntoma no puede buscarse en el inconsciente reprimido ni descifrarse como el síntoma neurótico o psicótico, puesto que guarda relación con un funcionamiento primitivo más arcaico, preverbal y prerepresentacional (McDougall, 1991): trata de una *insuficiencia del lenguaje para capturar la vivencia ante un exceso que fractura la simbolización* (Maladesky, 2005, p. 64). El trabajo con estos pacientes exige una escucha como si los órganos fueran representaciones: el sujeto, aislado de sí mismo y de su sentir, se limita a percibir su enfermedad en el soma, inscrita en un cuerpo a la deriva, carente de un referencial simbólico que le permita reconocerse y nombrar estados afectivos. El objetivo será producir cortocircuitos para que se establezca la conexión entre órganos, cosas y palabras, es decir, construcciones que trasformen los trazos sensoriales en tejido psíquico.

## Capítulo VI. Implicaciones de la Pulsión de Muerte en Psicósomática: la paradoja autodestructividad / supervivencia psíquica

*Había dos maneras de irse:  
una, era marcharse  
otra, volverse loco.*

Mia Couto (1992)

A partir de la investigación de los fundamentos metapsicológicos que subyacen a la relación entre somatización y locura se discute la hipótesis de que la somatización, no obstante la autodestructividad psíquica que lleva implícita y pese a que repercute en la capacidad de tramitación simbólica, es al mismo tiempo una defensa contra un sufrimiento psíquico susceptible de llevar a una descompensación psíquica. Los movimientos de alternancia entre la sintomatología psíquica y la somática sostienen la hipótesis de la somatización como intento de supervivencia psíquica y reconstrucción psicósomática, lo que implica conocer en profundidad los movimientos psíquicos que le subyacen. La investigación gira alrededor del trabajo de duelo, sublimación, narcisismo, masoquismo y trabajo de lo negativo, donde las implicaciones de la pulsión de muerte son determinantes en la solución a que el sujeto recurre: psicótica o psicósomática. Si la locura es o no preferible a la enfermedad somática, tiene que ver con cuestiones económicas. Se considera que ante un aumento de excitación o ante la presencia de afectos intolerables se establece una economía psíquica que a la vez que intenta asegurar la supervivencia psíquica, favorece la somatización: el cuerpo enferma para que el sujeto no se vuelva loco.

### VI.I. Introducción: objetivos y encuadre

Más allá de la dimensión autodestructiva de la pulsión de muerte presente en los movimientos de regresión y desorganización progresiva que se instalan y que pueden llevar hasta una somatización, hay que reconocer su participación en la vida y su vertiente simultáneamente creadora, garantizadora de la unidad psicósomática. Es



importante subrayar sus concepciones “positivas”: *no solo el recurso a la pulsión de muerte está acreditado por un trabajo a favor de la vida por su complejidad con las pulsiones de vida (...) sino que también tiene una fuerza motora en los estados de desamparo en los que hacerse el muerto en la mera repetición es sobrevivir* (Rosolato, 1987 en Chabert, 2008, p. 63). Por tanto, se plantea la hipótesis de que las somatizaciones, en cuanto producto de su trabajo, cumplen una función al servicio de la supervivencia psíquica: la autodestructividad inherente a la economía libidinal que se establece y que favorece un corte radical entre soma y psiquis puede, de un modo defensivo, proteger al sujeto de una conmoción afectiva insoportable.

Así, ¿podrán las somatizaciones revelar la positividad de la pulsión de muerte y su función como guardiana de la vida? ¿Puede la enfermedad somática plantearse como una defensa contra la descompensación psíquica y la locura que ofrece protección al Yo?

Autodestructividad y supervivencia psíquica definen la paradoja psicosomática en cuestión: el cuerpo enferma para que el sujeto no se vuelva loco. Partiendo de la investigación de la relación entre somatización y locura, la discusión de estas hipótesis constituye el objetivo de este capítulo y la esencia de esta tesis.

## **VI.2. No hay vida sin muerte ni muerte sin vida**

Freud (1895) intenta resolver las contradicciones inherentes al dualismo realidad biológica/realidad psíquica a través de la relación entre cantidad y cualidad que desarrolla en *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Más tarde, en *Tres ensayos sobre teoría sexual* (1905), plantea la oposición entre pulsiones de autoconservación y pulsiones sexuales. Para esa época, aunque las pulsiones sexuales no dejan de tener relación con lo biológico, está claro que son las pulsiones de autoconservación las que más relación tienen con ello. Con la introducción del narcisismo propone un nuevo modelo sostenido por la oposición narcisismo/objetalidad. Posteriormente, en 1920, introduce un nuevo dualismo que diluye el anterior, procediendo bajo el amparo de Eros a la unificación entre narcisismo y objetalidad: la economía pulsional pasa entonces a definirse en términos de la oposición entre pulsiones de vida (Eros) y pulsiones de

destrucción<sup>98</sup> (pulsiones de muerte). Esto exige repensar las relaciones entre cuerpo y psique, entre naturaleza y cultura. La primera gran dificultad remite a la necesidad de justificar la existencia de la pulsión de muerte y fundamentar su importancia en la vida psíquica, lo que lleva a Freud al establecimiento de un paralelismo biológico en un momento en que intentaba alejarse de ello. Sin embargo, “muerte” no es exactamente la muerte en sí misma, sino *el retorno a un estado anterior, a lo preresentacional y, en último término, el retorno absoluto a lo inorgánico, esa es la pulsión de muerte* (Gutiérrez, 2010, p. 743).

Al principio, este dualismo parece potenciar la noción de oposición y conflicto pulsional, dejando aparte la positividad de la pulsión de muerte y su relieve en el funcionamiento mental. De hecho, la vida psíquica implica el combate entre los dos tipos de pulsión y está permanentemente marcada por el conflicto: *la vida solo existe porque la pulsión de muerte se asocia y funde con las pulsiones de vida* (Metzger; Júnior, 2010, p. 568). La pulsión de muerte se expresa entonces en los derivados de Eros, bajo la forma de pulsión de destrucción, agresión o dominio.

En *El malestar en la cultura* (1930), texto que complementa algunas de las formulaciones expuestas en *Más allá del principio del placer* (1920), Freud plantea que las manifestaciones de Eros son más visibles y ruidosas puesto que se organizan a partir del trazo mnémico de la experiencia de satisfacción y se hacen representar por la libido. No obstante, no existen indicios evidentes de la pulsión de muerte, lo que despierta la atención con respecto al problema de su representabilidad. Si toda la pulsión se inscribe en el inconsciente donde no hay negación, la idea de muerte —puesto que es esencialmente negativa— no tiene posibilidad de inscripción (Nakasu, 2009): así, no posee ninguna representación psíquica propia, no tiene una historia ni tampoco un objeto. Opera de modo silencioso desde el interior del sujeto, que queda así expuesto a una fuerza potencialmente autodestructiva. Por otra parte, el modo en que se mezclan no está claro (Freud, 1923) y su intrincación en diferentes proporciones y en lugares distintos de los originarios dificulta también su identificación (Freud, 1930). La pulsión de muerte es la pulsión desintrincada, en estado bruto, sin un objeto definido, una fuerza autodestructiva (Laplanche, 1992) cuya actividad deriva de las necesidades corporales y

---

<sup>98</sup> Pulsión de destrucción, pulsión agresiva y pulsión de dominio son posibles expresiones de la pulsión de muerte. Al comienzo, Freud utiliza indiscriminadamente estos tres derivados procediendo, a continuación, a su diferenciación.

de sus privaciones. A fin de cuentas, se convierte en tangible cuando la satisfacción alucinatoria no es posible, constituyendo el último recurso defensivo en unas condiciones de vida que se han vuelto muy precarias y amenazantes para el narcisismo mínimo que se requiere para sobrevivir: cuando ofrecen protección hacia un dolor o frustración intolerables y ejercen una actividad de desunión que pretende la desinversión —o desinvertimiento— del objeto y la desobjetalización. Es decir, cuando *se inscriben en un procedimiento que se opone al movimiento pasivo que mantiene el objeto cueste lo que cueste* (Chabert, 2008, p. 58).

Si la destrucción se puede generalizar como manifestación de la pulsión de muerte, sería reductor considerar su trabajo como estrictamente devastador, connotación que manifiesta la banalidad de su uso (Gutiérrez, 2010). Su positividad y trabajo en pro de la vida son desde luego reconocidos por Freud (Plon, 2004): su fuerza disruptiva y potencia destructiva promueven la emergencia de nuevas formas de mezclas pulsionales (García Roza, 1999). Es entonces a partir del desorden que las pulsiones de muerte provocan, que pueden emerger nuevas producciones. Es decir, que si por un lado se caracterizan como voluntad de destrucción y tendencia a retornar a un estado anterior, por el otro se presentan como responsables de un movimiento creativo en el combate que se disputa en el conflicto pulsional: un combate frente a lo “mismo”, que permitirá el acceso a la diferencia por las elaboraciones que exige. Así, las pulsiones de muerte empujan hacia la diferenciación y contribuyen a la emergencia del deseo, si bien (...) *toda la vida conjuga el deseo de la propia destrucción* (Freud, 1926, en Gutiérrez, 2010, p. 738).

*Las manifestaciones somáticas forman parte de los procesos de vida y de muerte de la condición humana* (Lechevalier, 2003, p. 52), aunque puedan anunciar a menudo un desbordamiento del proceso de simbolización. Expresan el movimiento regresivo que uno hace frente a dolores psíquicos intolerables o a ansiedades desbordantes, utilizando un código somático habitual en la infancia. El déficit de tramitación simbólica que caracteriza los trastornos psicosomáticos resulta de fallos representativos que impiden ligar cantidades, ya sea porque esas representaciones nunca se llegaron a construir o porque fueron arrasadas defensivamente. Expresarse en el cuerpo resulta menos peligroso que hacerlo con palabras, puesto que no se arriesga nada, ni la contradicción, ni la confrontación con la propia historia, con la identidad. En cuanto producto de la pulsión de muerte, la somatización puede así *garantizar una función de*

*urgencia para la salvaguarda narcisista del sujeto, dando cuenta de su carácter paradójico* (Chabert, 2008, p. 63).

*La teoría de las pulsiones evoca ese poder de la vida que hace alternar, en la búsqueda de un equilibrio efímero y siempre cuestionado, creación y destrucción* (Green, 2005, p. 286). Es justo en el seno de esta dinámica que se puede revelar la posibilidad de una recreación más adaptada a las exigencias del psiquismo. Las mismas fuerzas que llevan a la muerte pueden así ocultarse en las fuerzas que preservan y empujan hacia la vida, o sea, que están movilizadas para la supervivencia psíquica. Las pulsiones de muerte son responsables de la coreografía de la vida psíquica: el sujeto viviente apenas existe y crea porque hay una cierta mortificación (López, 1996). Es decir, que destruir, en un determinado momento, es absolutamente esencial para una construcción posterior y para la consolidación de nuevas formas. No hay creación sin destrucción, ni tampoco es posible lo contrario: caminan a la par, puesto que no hay vida sin muerte ni muerte sin vida.

#### **VI.2.1. Pulsiones de vida y pulsiones de muerte: ¿cooperación o antagonismo?**

El Psicoanálisis es una teoría que cumple la exigencia de conjugar fuerza y sentido, así como su posible disyunción (Green, 2005). Por eso, *son los procesos de intrincación y desintrincación pulsional*<sup>99</sup> *que determinan las relaciones entre las dos categorías de pulsión y que conducen a cada momento a la prevalencia de lo erótico o de la destructividad dentro del funcionamiento mental* (ibíd., p.286). Estos procesos, fundamentales para la comprensión de la vida psíquica y su complejidad, constituyen un soporte metapsicológico de relieve en psicósomática psicoanalítica, mientras que abren perspectivas prometedoras en el campo de la investigación de la psicopatología en general: la multiplicidad de los fenómenos de vida depende de la cantidad de mezcla pulsional y de las condiciones en que la intrincación ocurre (Freud, 1933 [1932], p. 107).

---

<sup>99</sup> Se optó por el recurso a los términos “intrincación/desintrincación pulsional” en detrimento de “fusión/desfusión”, una vez que los primeros parecen reforzar el dualismo pulsional, el conflicto y la cooperación entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte, mientras que “fusión” parece remitir a la posibilidad de unificación o monismo pulsional.

Ambas pulsiones son conservadoras y tienen por finalidad la descarga, o sea, la muerte, puesto que ambas se estarían esforzando por *restablecer un estado de cosas que fue perturbado por el surgimiento de la vida* (Freud, 1923, p. 53). *Si ambas son conservadoras y la pulsión de vida, representada, simbolizada, no es otra cosa que el deseo* (Gutiérrez, 2010, p. 742), (...) *la oposición no sería pulsión de vida/pulsión de muerte, sino deseo/pulsión* (Colina, 2006, en Gutiérrez, 2010, p. 742). La diferencia es que mientras que las pulsiones de muerte buscan alcanzar más rápidamente el estado inorgánico, Eros tiene por finalidad sostener el organismo, hasta que se cumplan todas las etapas inscritas en su estructura: el surgimiento de la vida sería entonces también la causa de la continuación de la vida y, al mismo tiempo, del esfuerzo hacia la muerte. *La propia vida sería un conflicto y una conciliación entre esas dos tendencias* (Freud, 1923, p. 53). Freud plantea que si el organismo desea morir solo a su manera y si originalmente, lo guardianes de la vida son también los lacayos de la muerte, puede entonces reconocerse una paradoja en la vida pulsional: el organismo vivo lucha con toda su energía contra hechos (peligros, en realidad) que le podrían ayudar a lograr más rápidamente su objetivo de vida (la finalidad de toda vida es la muerte), por una suerte de cortocircuito. Tal comportamiento, mientras tanto, es precisamente lo que caracteriza *los esfuerzos puramente pulsionales, que contrastan con los esfuerzos inteligentes* (1920, p. 50).

Pulsiones de vida y pulsiones de muerte compiten entre ellas y su trabajo se desarrolla en direcciones opuestas. Las pulsiones de vida promueven las ligazones psíquicas y tienen por finalidad establecer unidades más amplias y preservarlas, mientras que las pulsiones de muerte buscan desligar, romper y destruir ligazones, reduciendo así las cadenas representacionales complejas a unidades más simples. Aunque antagonistas, cuando se combinan, se aúnan y cooperan. El producto de esa cooperación dependerá de la relación cuantitativa y cualitativa que se establece, así como de las circunstancias en que se produce la intrincación pulsional: en particular, del momento del desarrollo del sujeto cuando se establece la mezcla pulsional —desarrollo psicosexual, libidinal y del Yo—, de los puntos de fijación que determinaron las regresiones, de los distintos modos de satisfacción y de las relaciones de objeto (Pereira, 2006).

Lejos de la concepción biológica inicial de pulsión de muerte, de la cual el propio Freud oportunamente se alejó, hay que reconocerla en su búsqueda de la

pasividad total, en la aspiración a la muerte del deseo y no como deseo de muerte (Gutiérrez. 2010). El trabajo de la pulsión de muerte será variable en función de su posibilidad de intrincación y la cualidad del funcionamiento psicosomático dependerá de la dinámica que se establece entre ambas las pulsiones. La flexibilidad inherente al trabajo de intrincación y desintrincación pulsional, crucial para que las transformaciones psíquicas sean posibles, presupone el mantenimiento de investimentos objetales fiables, que permanezcan disponibles ante variaciones de investimentos narcisistas y objetales.

La llave del funcionamiento psíquico es la incompletud, que impulsa a que vida y muerte se crucen y se fundan permanentemente. Así, si las pulsiones son los operadores de la unión psicosomática, es normal que su desunión sea la causa última de la desligazón psicosomática (Smadja, 2009).

#### **VI.2.1.1. Intrincación pulsional primaria y continuidad somatopsíquica**

*La intrincación pulsional primaria es el fundamento de la continuidad somatopsíquica*<sup>100</sup> (Rosenberg, 1998, p.1678), lo que refuerza la importancia de la pulsión de muerte en la constitución del psiquismo. La pulsión de muerte rige su funcionamiento por el principio del Nirvana<sup>101</sup>: la transformación de este en principio del Placer, ley fundamental del funcionamiento del psiquismo, depende de la intrincación pulsional. Sin ella, no existiría vida psíquica, porque el principio del Nirvana no permitiría esa posibilidad: *es la pulsión de vida, la libido la que, junto a la pulsión de muerte, participa en la regulación de los procesos vitales* (Freud, 1924, p.181).

La intrincación pulsional primaria de las dos pulsiones fundamentales (Freud, 1924) no es enteramente de orden biológico, puesto que constituye el punto de partida del psiquismo y de la fundación del Ello donde reina, efectivamente, el principio del Placer: *el principio del Placer, sin el cual no existiría vida psíquica, encuentra su origen en la intrincación pulsional que lo antecede, considerada como primaria con*

---

<sup>100</sup> Rosenberg (1998) opta por el término “continuidad” en detrimento de “unidad o monismo psicosomático”, puesto que el primero puede soportar discontinuidades y el segundo no: o sea, la continuidad no es adquirida ni tampoco inmutable, sino que existirá siempre mientras que haya vida psíquica.

<sup>101</sup> Reducción de las tensiones con tendencia a la evacuación total.

*relación al psiquismo* (Rosenberg, 1998, p. 1679). Tampoco es enteramente de orden psíquico, puesto que lo antecede. Se encuentra entonces en el cruce entre ambos, estableciendo en términos metapsicológicos la continuidad somato-psíquica: del *orden de lo biológico por las pulsiones, del orden de lo psíquico por la intrincación* (Rosenberg, 1998, p. 1680). En cuanto primaria, es un proceso continuo que se crea y recrea a lo largo de la vida, y que es determinante en la cualidad de las variaciones de la relación entre lo psíquico y lo somático. Es justo en este nivel donde tiene sus orígenes la predisposición a la somatización.

#### **VI.2.1.2. Identificaciones primarias y tanáticas: cuestiones de vida y muerte**

La identificación primaria es fundamental en el proceso de intrincación primaria: funda el Yo y está en el origen del Yo Ideal, formación narcisista anterior a la relación propiamente objetual. Las posibilidades de investimento libidinal en el Yo y en el objeto dan cuenta de la importancia del Otro en los orígenes del psiquismo (Freud, 1914) y encuentran asiento en la relación de dependencia con el objeto primario (figura materna), siendo la fusión que permite su incorporación. Su ausencia se vuelve presencia potencial puesto que su borradura, bajo la responsabilidad del trabajo de lo negativo<sup>102</sup>, permite su transformación en estructura psíquica.

La cualidad de la presencia del objeto dentro del psiquismo tiene un valor organizador y estructurante, lo que permite la creación de una identidad propia y favorece la subjetividad (García, Damous, 2008). Una *madre intrincante* es una madre suficientemente buena, continente, que tolera la desinversión (desinvertidura) inherente a la retirada (Ribas, 2006 en Cupa, 2006). A su vez, la madre desintrincante es una madre traumática: una madre excesivamente excitante, intrusiva o ausente, desobjetalizante, una *madre muerta* (Green, 1986). Un objeto insuficiente, que fracase en su función de contención, provocará una angustia doble: de intrusión y de separación.

Se reconoce aquí una paradoja intrínseca a la función del objeto (Green, 1988): si al comienzo debe estimular la pulsión para despertarla, debe al mismo tiempo contenerla, además de permitir su sustitución por otros objetos. Esto implica la

---

<sup>102</sup> El tema del *trabajo de lo negativo* se desarrollará a continuación en el apartado VI.4.5.

incidencia de un doble movimiento de negación con respecto al objeto: es negado adentro, convirtiéndose en estructura psíquica, base de la vida deseante y de los procesos de búsqueda y conocimiento; y es negado fuera, permitiéndose perder y alejarse para después reaparecer (Figueiredo; Cintra, 2004, en García, Damous, 2009).

En *Moisés y la religión monoteísta* (1939 [1934-1938]), Freud hace referencia a identificaciones tempranas y patógenas que son de gran eficacia psíquica y suelen ser difíciles de desmontar. El sujeto puede llegar a combatir infructuosamente sus efectos a lo largo de la vida, pero la identificación vuelve repetitivamente desde el inconsciente, a pesar de que su génesis es lejana en el tiempo (Braier, 2005). En cuanto a las identificaciones primarias, el objeto también puede inundar de pulsiones destructivas: la pulsión de muerte, en las series complementarias, podría provenir no sólo desde el interior del sujeto, sino también desde el objeto primario. Esto incrementaría su potencialidad destructiva y sus efectos desorganizadores y desestabilizadores en la vida psíquica. Estas identificaciones destructivas —identificaciones tanáticas— son posibles puntos de partida hacia las enfermedades psicosomáticas y otras conductas autodestructivas (Braier, 2005).

*Aunque cargado de pulsiones agresivas el Superyó presenta asimismo aspectos protectores para el Yo*<sup>103</sup> (Braier, 2005, p. 13). Solamente en cuadros psicopatológicos graves como suele ser el caso de la melancolía, el Superyó se acerca al puro cultivo de las pulsiones de muerte (Freud, 1923). Sin embargo, su potencial destructivo puede volverse más consistente bajo identificaciones secundarias, de carácter patógeno, que refuerzan el sadismo superyoico que opera sobre un Yo a menudo masoquista. En los sujetos que padecen de identificaciones tanáticas operaría junto a esa identificación patógena que formará parte del núcleo del Yo y que afecta a la autoestima y la autoconservación, una identificación igualmente tanática en el núcleo del Superyo, que suele ser amenazante y atacar al Yo: puede así precipitar su autodestrucción, a la vez que la severidad Superyoica promueve la desintrincación pulsional.

---

<sup>103</sup> Más allá de la severidad que lo caracteriza, Freud (1927a) subraya la importancia del Superyo en el humor, en cuanto a su papel liberador y protector del Yo ante el sufrimiento.



## VI.2.2. Teoría pulsional y teoría de las relaciones de objeto: su pertinencia en psicósomática

Como hemos desarrollado anteriormente<sup>104</sup>, la cualidad del objeto tiene una importancia capital: Freud (1933[1932]) destaca la importancia de la seducción por parte del objeto, particularmente a través de los cuidados maternos corporales. Laplanche (1987) alude a la teoría de la seducción generalizada y considera que es responsabilidad del objeto libidinizar y fundar las zonas erógenas: es decir, que el objeto es indisoluble de los fundamentos de la vida psíquica.

Los avances en Psicósomática Psicoanalítica reforzaron aún más su importancia, lo que implica dar al par pulsión-objeto un carácter nuclear. La asociación pulsión de vida-ligazón, por un lado, y pulsión de muerte-desligazón, por otro, es insuficiente para comprender la complejidad de los fenómenos psíquicos (Green, 1998) porque las pulsiones de vida admiten los dos mecanismos, mientras que *la desligazón es el único mecanismo de las pulsiones de muerte* (Scarfone, 2005, p. 89). Se reconoce a partir de aquí la idea de un conflicto entre *las fuerzas que promueven la representación y las fuerzas que negativa y patológicamente promueven la decaencia* (Ferro, 2002, p. 977).

El hallazgo de los movimientos de objetualización y desobjetualización favorece la reintroducción de la pulsión de muerte y subraya su importancia. De hecho, los aportes de la Escuela de Psicósomática de París, en particular los conceptos de pensamiento operatorio, depresión esencial, desorganización progresiva y patología del preconscious, corroboran *la hipótesis de la tendencia desobjetualizante de la pulsión de muerte* (Green 1986, p. 77).

Definida como depresión “sin objeto”, la depresión esencial refuerza la importancia vital del objeto, puesto que su falta se puede volver mortífera. No solo hay que considerarlo como objeto de investidura y satisfacción libidinal, sino que también hay que reconocer que en la relación con el objeto, el odio es anterior al amor (Freud, 1915). En este sentido, es también objeto de investidura de la pulsión de muerte, aliviando el Yo de su destructividad: *la pulsión de muerte depende en alto grado de la relación de objeto* (Green, 2010, p. 299). El objeto es entonces mediador y condición de intrincación de las dos pulsiones que lo invisten. Como la representación es también un objeto de investimento pulsional (Green, 1990), su pérdida resulta en una

---

<sup>104</sup> Cap. IV, apartado IV.3.

desintrincación pulsional. El exceso de excitación no ligada resultante tiene potencialidad traumática y puede desorganizar y desobjetalizar aún más, hasta evacuarse por el soma. Así, es particularmente relevante conocer las condiciones que determinan la relación objetal.

#### **VI.2.2.1. Función objetalizante y función desobjetalizante**

La perspectiva esencial de las pulsiones de vida es asegurar una función objetalizante que, por mediación de la función sexual, logra la simbolización. Esto implica no solo la creación de un lazo con el objeto interno y externo, sino también la capacidad de transformar estructuras en objeto: las pulsiones de vida pueden ligar y absorber las pulsiones de muerte, transformándolas, objetalizando simultáneamente el propio investimento (Green, 1986). El funcionamiento operatorio anuncia el fracaso de la función objetalizante.

Green (2010) subraya la realidad imperativa de las fuerzas de destrucción, dirigidas hacia el interior o exterior del sujeto. Así, diferencia la pulsión de muerte en sus aspectos agresivos y destructivos, estableciendo la distinción *entre la agresión hacia los objetos y la destrucción de los mecanismos mentales que incrementan la vida* (Stramer, 2004, p. 91). La pulsión de muerte ataca las posibilidades de investimento y tiene *por objetivo final una desinversión extrema, que se enfoca en los propios investimentos psíquicos que capacitarían la simbolización* (García, Damous, 2009, p. 112). Su perspectiva es *cumplir en todo lo que sea posible una función desobjetalizante por la desligazón* (Green, 1984, p. 73).

Se reconocen sus efectos *cada vez que los objetos de la psique son descalificados, pierden originalidad o singularidad o pierden el valor que los hace únicos para ser progresivamente reducidos a un estatuto anónimo y en última instancia no humano: más allá de cierto umbral a menudo cuantitativo, se vuelven intercambiables, y para terminar, son cosificados* (Green, 2005, p. 132). Además, no son solamente los lazos con el objeto los que se atacan y se fragilizan, sino también sus sustituciones —el Yo, por ejemplo, y la propia investidura en cuanto meta del proceso de objetalización (Lussier, 1995)— quedan comprometidos y se amenaza con su desaparición (Reed, 2002). *Por eso, la manifestación propia de la destructividad de la pulsión de muerte es el desinvestimiento* (Green, 1986, p. 74) que deriva de la tendencia

a restablecer un estado anterior trabajando como fuerza de desligazón. La desinversión de la representación es responsable de una especie de mutilación en el psiquismo. La función desobjetalizante *afecta sucesivamente la alteridad, siempre en busca de lo mismo, luego procede a replegarse sobre sí misma y finalmente quiebra al que aspira a aniquilarse* (Green, 2005, p. 243). El paso al registro somático es una consecuencia posible (Green, 2010).

De hecho, para combatir la destructividad difusa y masiva que se infiltra en el psiquismo, los pacientes sufren una restricción compulsiva resultante de un recurso defensivo y paradójico a la función desobjetalizante, cuyo objetivo es mantener a toda costa la paz psíquica, incluso a expensas de una atenuación de la subjetividad que puede llegar hasta la muerte psíquica. Se trata de una economía de supervivencia que deja a los pacientes bajo una compulsión a la repetición que perturba el trabajo asociativo (Deloumel, 2009).

### **VI.2.3. Desintrincación pulsional**

Freud (1923) propone que la esencia de una regresión libidinal a una fase anterior del desarrollo psicosexual está en la desintrincación pulsional, así como el sentido inverso estaría condicionado por un incremento de los componentes eróticos. La pulsión de muerte se vuelve eficaz desconstituyendo siempre un cierto nivel y su tendencia es retornar a un estado cero con respecto a una organización posterior. Así, *son características de la pulsión de muerte la inercia, la vuelta a un estado anterior, a un cero con respecto a un nivel determinado, es decir, la imposición de regresiones, de degradaciones* (Maldavsky, 1986, p. 24).

Todos los *procesos destructivos o autodestructivos tienen que ver con la pulsión de muerte y su implicación a nivel psíquico, del objeto y del Yo, o incluso a nivel somático* (Rosenberg, 1998, p. 1677). Encuentran sus orígenes en un excedente energético que no se puede utilizar productivamente, puesto que trasciende la capacidad de representación psíquica. El hallazgo de este exceso es fundamental para el desarrollo del Psicoanálisis, ya que abre la puerta a la investigación clínica y lleva a Freud a profundizar y repensar temas como por ejemplo el masoquismo, la angustia, el sentimiento de culpa y la reacción terapéutica negativa: *la autodestructividad expresa la pulsión de muerte, presente en todo el proceso vital* (Freud, 1933 [1932], p. 109).

La desintrincación pulsional y la desorganización psíquica que le puede seguir contribuyen a la disminución de las capacidades de la pulsión de vida para ligar la pulsión de muerte, y puede llevar a la vida operatoria. Apartada del enlace con Eros, no se fija a objetos ni tampoco es representable, sino que tiende a desconstituir las representaciones. La pulsión de muerte es energía no ligada o ligada de modo precario, susceptible de sufrir grandes desplazamientos y que para volverse psíquica necesita ligarse a representaciones, ya sean satisfactorias o insatisfactorias: (...) *designa lo más fundamental en la noción de pulsión* (Gutiérrez, 2010, p. 739). Sus primeras derivaciones se manifiestan por *indiferencia y destrucción* (Rechardt, 1986, p. 60) pasivas, inherentes a la desinvertidura. Libres de deseo y tensión, atacan los lazos y destruyen el propio objeto, buscando la muerte psíquica: la consecuencia de esto es la incapacidad del sujeto para pensar y puede llevar a una somatización que, en último extremo, encuentra la muerte efectiva.

Las pulsiones de vida y de muerte nunca o raras veces aparecen separadas. Sin embargo, en ciertos pasos del texto freudiano, en realidad escasos, se pueden desvelar bajo sus plumas alusiones que hacen pensar que en determinadas condiciones la pulsión de muerte se presenta en estado desintrincado. De hecho, existen formas patológicas extremas —como la melancolía— que no comportan una intrincación, y en las cuales la autodestrucción suele ocurrir de un modo más claro.

#### **VI.2.3.1. De la desintrincación pulsional a la somatización**

En una situación de amenaza, el Yo responde con la movilización libidinal, que se expresa mediante la angustia, el afecto más original e importante para la existencia humana (Lourenço, 2009). Pero si la amenaza se sobrepone a la capacidad del Yo para soportarla, se produce un desbordamiento que lleva a la desintrincación pulsional. Ante la incapacidad de ligazón de las pulsiones de muerte a la libido narcisista, el proceso desconstituyente se repite por empuje de la pulsión de muerte. Si consideramos la definición de pulsión como concepto límite entre lo somático y lo psíquico, como el representante psíquico de las excitaciones que parten del interior del cuerpo y alcanzan el psiquismo (Freud, 1915), la trayectoria pulsional no logra cumplirse.

Es posible reconocer dos momentos en la somatización: el primero de desintrincación pulsional y el segundo de regresión o desorganización que puede

alcanzar el soma y culminar en el desapuntamiento de la pulsión sobre la función. Este segundo momento hace que la amenaza en el Yo disminuya o incluso desaparezca. La aparente estabilidad del Yo, aunque precaria y frágil, se justifica por la reducción drástica de la angustia, mientras que la destructividad se incrementa a nivel somático (Rosenberg, 1998). En un proceso autodestructivo, el ataque al soma prosigue tras la amenaza al Yo. Sin embargo, este movimiento puede configurarse como un intento de manejar la economía libidinal y preservar el Yo. De hecho, la reducción de la angustia en el Yo puede permitir una reintrincación pulsional<sup>105</sup>: en este caso, puede incrementarse la sintomatología psíquica mientras que se reduce la somática, lo que da cuenta del funcionamiento oscilante al que hemos hecho referencia anteriormente.

Pero si la reintrincación no se logra, la libido no tiene cómo neutralizar las pulsiones de muerte y, como tales, no puede utilizarlas a su favor. Las pulsiones de muerte prosiguen sin obstáculos su labor —de desinvertidura y desobjetualización— lo que lleva a una ruptura de las conexiones psique-soma: como un cuerpo sin nadie, la somatización prosigue.

### **VI.3. Dimensión creativa de la pulsión de muerte: vida y desarrollo psíquico**

Freud (1920) supone que los impulsos que llevan a los investimentos necesarios para la supervivencia del sujeto y de la especie están presentes desde el comienzo y se asocian a la pulsión de muerte. Esta, como resto que refleja lo que es pulsional en sí mismo y motor de la compulsión a la repetición, mantiene la tensión que impulsa a la variabilidad. Sus posibilidades creadoras se presentan en el conflicto pulsional, o sea, *cuando se considera en dualidad con las pulsiones de vida* (Prata, 2000, p. 126). La pulsión de muerte coloreada eróticamente puede ser representada y acceder a la descarga, protegiendo al sujeto de la autodestrucción. Así, tiene implicaciones de relieve en la estructuración y consolidación del psiquismo y, consecuentemente, en la consistencia de la unidad psicosomática, porque *no podríamos amar ni tampoco pensar sin la capacidad de desinvertir* (Ribas, 2006 en Cupa, 2006, p. 18). Si la pulsión de muerte destruye ligaduras, desprecia la representación, es responsable de la desobjetualización y favorece la somatización, ¿cómo y dónde se podrá reconocer su dimensión creadora?

---

<sup>105</sup> Es el caso de las regresiones, descrito en el cap. V.2.1.

De hecho, *la muerte es segura, pero la explicación de las manifestaciones de la muerte en la vida es incierta* (Green, 2010, p. 289). La pulsión destructiva es también voluntad de recomienzo, un factor importante en el proceso creativo puesto que funciona como fuerza propulsora de un movimiento diferencial y productivo fundamental para la supervivencia psíquica. Esto es particularmente notorio en los procesos de negación y sublimación. Así, *en la pulsión de muerte no puede haber intencionalidad destructiva* (Gutiérrez, 2010, p. 746), porque el deseo de destrucción ya va de la mano del deseo, o de la mezcla con la libido, como en el sadismo o en el masoquismo (Ibíd.). Su potencial disagregador abre la puerta a nuevas mezclas pulsionales responsables de la emergencia del deseo y la diferencia. Separación, individuación, diferenciación y funcionamiento simbólico, por ejemplo, dependen de su trabajo.

Freud (1923) refiere el valor organizador de la separación en la estructuración del aparato mental, en particular en las diferenciaciones tópicas. La separación, en cuanto voluntad propia —como en el término de un análisis, por ejemplo— expresa también su positividad. La activación de las fuerzas destructivas es responsable de los mecanismos negativizadores (trabajo de lo negativo) fundamentales para la constitución del doble-límite: los límites intrapsíquicos entre instancias y diferenciación Yo/No-Yo. El componente agresivo llevará al sujeto hacia el No-Yo que, en cuanto oposición, se distingue del Yo. Es decir, que el *impulso destructivo crea la cualidad de externalidad* (Winnicott, 1975, p. 130), permitiendo poner el objeto fuera del Yo (Green, 1982).

El establecimiento del doble-límite se produce en el contexto de las relaciones objetales primarias y se asienta en el juego entre presencia y alejamiento del objeto, siendo particularmente importante la adecuación de sus respuestas a las exigencias de satisfacción (García, Damous, 2009). El objeto de satisfacción puede considerarse como aquello que a la vez que se ha perdido ha dejado una huella mnémica suya —es decir, una representación— y cuya ausencia potencia una búsqueda. Si tiene éxito, el doble-límite y el trabajo de lo negativo favorecen la construcción de representaciones y la simbolización, imprescindibles para el pensamiento.

Eros se convoca permanentemente para establecer ligazones y es responsable de dominar la amenaza de desorganización y fragmentación que la pulsión de muerte constituye: neutraliza sus efectos hasta someterla a su favor. Así, cuantas más ligazones, menos potente será la fuerza de las pulsiones de muerte. Las pulsiones de vida buscan el

mantenimiento de las formas pero para que se realice una ligazón, es necesario que la fuerza desequilibrante de las pulsiones de muerte se transforme en producción.

Si la vida permaneciera solamente a cargo de Eros, al ser también una fuerza conservadora, no habría nada que reconstruir, reparar ni crear: todo quedaría estancado, en una infinita monotonía. Así, enfrentándose a su tendencia a establecer ligazones en pro de unidades cada vez más amplias, la pulsión de muerte impide la tendencia fusional<sup>106</sup> de Eros, que reduciría todo a la indiferenciación. Si bien la finalidad de la pulsión de muerte es la evacuación y su tendencia al desinvertimiento es manifiesta, sin ella no habría búsqueda: solo hay producción a partir del sacudimiento del equilibrio constante y su consiguiente desorden. El resultado es una paradoja muy pertinente para el tema: la tendencia de la pulsión de muerte a la separación y al desinvertimiento puede entregar el sujeto a la muerte psíquica, donde también puede llevarlo la pulsión de vida.

Por tanto, hay que considerar dos tipos de ligazón: una de mantenimiento de las formas, inherente al trabajo de Eros y que correspondería a lo que Freud identificó como fijación libidinal, y otra que impide la repetición de lo mismo y tiene origen en el trabajo desestabilizador de las pulsiones de muerte. Así, la riqueza estructural del psiquismo emerge del equilibrio y complementariedad entre ambas, a través de una intrincación pulsional equilibrada que permite las elaboraciones psíquicas necesarias para un trabajo creativo.

#### **VI.4. Locura o enfermedad orgánica: ¿Qué relación hay?**

A propósito de las *relaciones enigmáticas* entre estados corporales patológicos y estados psicopatológicos, Freud observa que hay movimientos libidinales que son responsables de la obliteración del estado neurótico o psicótico en el trascurso de una enfermedad somática (Freud, 1920). Es decir, que la aparición de sintomatología somática se acompaña de la desaparición de síntomas psíquicos y viceversa, puesto que ambos dependen de una misma energía, la libido. *La investigación psicoanalítica ha puesto de relieve dos hallazgos: primero, que la agitación mecánica debe ser reconocida como una de las fuentes de excitación sexual y, en segundo lugar, que las*

---

<sup>106</sup> Como por ejemplo en la psicosis simbiótica (Mahler, 1968).

*molestias penosas y febriles mientras perduran ejercen un efecto poderoso en la distribución de la libido* (Freud, 1920, p. 44).

Otros autores confirman esta relación. La frecuente eclosión de una somatización tras un traumatismo psíquico y sus implicaciones en la reducción del delirio lleva a Sami-Ali (2002) a plantear la oposición entre la fenomenología de lo banal —patología de la adaptación por anulación de la conflictualidad psíquica— y la fenomenología del delirio. Propone así una relación inversa entre psicosis y enfermedad somática, basada en la correlación inversa entre proyección y somatización, entre delirio y perturbación del cuerpo real, en la cual la represión de la función de lo imaginario prevalece en detrimento de lo simbólico.

Así como la desaparición de un síntoma económicamente importante puede desencadenar una crisis somática grave, también se reconoce la resistencia inmunológica de los pacientes psicóticos. Si por un lado la psicosis parece conferir una protección inmunológica particularmente eficaz en estado de descompensación (Casetto, 2006), por el otro se producen mejorías en la esquizofrenia cuando surge una enfermedad somática (Botella, 2000). También las perturbaciones en la distribución libidinal que acompañan a la melancolía se suprimen temporalmente en presencia de una afección orgánica intercurrente. El autismo en la infancia parece incompatible con las enfermedades comunes de ese periodo del desarrollo, de modo que cuando surgen el cuadro mejora un poco. El efecto de las lesiones orgánicas también se reconoce en la disminución de la sintomatología neurótica (Smadja, 2011).

Así, las manifestaciones psicósomáticas se declaran a menudo cuando las manifestaciones neuróticas o psicóticas desaparecen: mientras que la escena dramática del histérico se destina a proteger la sexualidad y los procesos de pensamiento psicótico reinventan una realidad como intento de huida al dolor, las *expresiones somáticas se pueden considerar como huidas a angustias arcaicas y defensas contra vivencias mortíferas* (McDougall, 1989, p. 33). Esto da cuenta de un funcionamiento basculante que oscila entre un estado psicopatológico sin somatización y un estado de enfermedad somático que sustituye las defensas neuróticas o psicóticas (Szwec, 2005).

Sin embargo, ambos pueden coexistir, sucederse y alternarse puesto que *hay modos de funcionamiento activables en determinados momentos en pacientes que en otros momentos pueden funcionar de otra manera* (Ulnik, 2000, p. 13). Es decir, que una enfermedad orgánica no es la antítesis de una neurosis o psicosis, ni es incompatible



con la sintomatología psíquica; como tampoco es verdad lo contrario. No obstante, la tendencia a somatizar reduce el campo de la neurosis o de la psicosis pura, a la vez que explica la imposibilidad de una resolución a nivel mental. Aunque no se pueda establecer una relación de causalidad, el funcionamiento basculante da cuenta de la posibilidad de *un investimento perceptivo-sensorial*<sup>107</sup> *en detrimento de una locura representacional* (Szwec, 2005, p. 10).

No obstante, si bien es posible reconocer en el sufrimiento neurótico y en la fragmentación psicótica un intento de supervivencia psíquica, en los trastornos psicosomáticos el abatimiento progresivo del sujeto hace más difícil ese reconocimiento. La lucha de estos pacientes es más silenciosa y permanente y el espacio de existencia es funcional, operatorio. Ante un exceso de excitación que es necesario ligar, el sistema defensivo se puede intensificar para intentar retomar el equilibrio psíquico: la desorganización psicosomática puede ocurrir entonces como una protección frente a la locura. Así, aunque todas las personas puedan enfermar, se plantea la hipótesis de que *la producción somática traduzca un intento de mantener el equilibrio psíquico, en vez de crearse síntomas neuróticos o psicóticos* (McDougall, 1989, p.135).

Investigar la hipótesis de la somatización como defensa hacia la supervivencia psíquica requiere profundizar en la relación entre enfermedad orgánica y locura, considerando esta como la posibilidad de mantener la sintomatología a nivel psíquico. Que el cuerpo se ponga enfermo no es mejor que volverse loco, como tampoco se puede afirmar lo contrario. Si la locura es o no preferible a la enfermedad somática tiene que ver con una cuestión económica, puesto que la locura resulta en un flujo más eficaz de las excitaciones traumáticas (Szwec, 2005).

La economía libidinal —circulación de las excitaciones de esencia agresiva y erótica a la par de los procesos de intrincación/detrincación pulsional— y la distribución de sus investimentos —narcisistas y objetales— tienen particular importancia en la comprensión de los fenómenos que subyacen a una u otra solución, psicótica o psicosomática. Comprender por qué, cómo y para qué los sujetos enferman tiene especial relieve para el trabajo clínico: así, si cuando *progresar el ruido somático el ruido psíquico disminuye* (Botella, 2000, p. 151), ¿cómo explicar la relación entre somatización y locura?

---

<sup>107</sup> No se trata de una locura en el cuerpo ni tampoco de una puesta en acto, porque la somatización entra en la categoría de las sensaciones mientras que la locura tiene que ver con los afectos.

#### VI.4.1. Solución psicótica y solución psicósomática

Si la libido narcisista no tiene capacidad para ligar la pulsión de muerte en el Yo, el displacer, en particular la angustia, alcanza un nivel significativo ante el cual quedan dos posibilidades: la solución psicótica y la solución psicósomática. Pero ¿cuál es la dinámica subyacente y qué condiciones determinan el recurso a una o a otra solución?

En la solución psicótica, el aparato psíquico, en particular el Yo, se sacrifica en el sentido de mantener la pulsión de muerte en su interior y asegurar su continuidad: *será posible al Yo evitar la ruptura por uno u otro lado deformándose a sí mismo, aceptando renunciar a su unidad, eventualmente rompiéndose o fragmentándose* (Freud, 1924, p. 170). El Yo permite evitar el ataque al cuerpo, a expensas de un ataque al propio Yo, que se desconecta de la realidad del mundo externo, deslizándose hacia la psicosis. Sin embargo, y a pesar de la escisión, del rechazo y de la alteración con el mundo externo que son los responsables de la emergencia de sintomatología delirante y alucinatoria, el paciente psicótico parece aún aceptar el displacer y la angustia que la destructividad implica (Rosenberg, 1998). Es decir, que en el seno de las formaciones delirantes en psicosis, incluso las fragmentarias, se mantiene un cierto nivel de relación de investidura y ligadura, lo que no ocurre en el pensamiento operatorio.

Así, una organización psicótica (o neurótica) con puntos de fijación fuertes protege de una desorganización progresiva puesto que la presencia de sintomatología psíquica puede ser suficiente, en el plan económico, para asegurar la descarga de excitación.

A su vez, la solución psicósomática ocurre en los sujetos cuyo Yo es falible, hasta el punto de no permitirse tolerar el estigma de la destructividad interna. Bajo condiciones económicas adversas, la escisión se radicaliza: la sobrecarga de tensión y las sucesivas desobjetalizaciones provocan una variedad de deformaciones que conllevan inevitablemente un descenso general del nivel de la investidura en el seno de las funciones psíquicas y resultan en una autoamputación afectiva y corporal del Yo. La pérdida de contacto con una parte de la realidad psíquica encapsula el *self* y produce núcleos distintos y no comunicantes —archipiélagos— dentro del Yo (Green, 1977).

La desorganización y despulsionalización que le sigue se dirige en último extremo hacia la *ruptura del enlace entre cuerpo y psique, propiciando un terreno*

*favorable a las eclosiones psicosomáticas patológicas, en lugar del arreglo psíquico que debería ocurrir* (McDougall, 1991, p. 158).

Sin embargo, y no obstante su potencialidad mortífera, la somatización puede paradójicamente emerger como una solución defensiva, aunque precaria (McDougall, 1995). De hecho, se puede producir una *regresión hasta respuestas somáticas que sustituyen las respuestas psicológicas hacia el conflicto* (McDougall, 1989, p. 120). Teniendo en cuenta que el funcionamiento operatorio se puede relacionar con factores traumáticos y que existe como modo de “economía de supervivencia” ante angustias insoportables, *la amenaza de desintegración es bloqueada a través de la producción del trastorno psicosomático* (Fernández, 2002, p. 184). Tras la regresión del funcionamiento psíquico hasta el punto en el cual los significantes son preverbales, el sujeto recurre a defensas primarias, quedando inmerso en un modo arcaico de funcionamiento mental: la somatización da así cuenta de una forma de pensamiento protosimbólico, un protolenguaje. *Verdadera emisaria de la pulsión de muerte, la expresión psicosomática es la regresión más profunda del ser* (McDougall, 1989, p. 134) hasta un nivel preedípico, próximo a la regresión psicótica aunque sin fragmentación evidente del Yo: *las somatizaciones son consideradas como defensas contra fantasías arcaicas basadas más en el miedo a perder una identidad subjetiva que una angustia ligada a las pulsiones y a la identidad sexual* (McDougall, 1991 en Ulnik, 2000, p. 15).

En un intento desesperado de preservar el Yo, a fin de resguardarse de temores neuróticos y angustias de tipo psicótico a que la escisión yoica puede conllevar, se establece una economía psíquica que *favorece la somatización mediante un corte radical entre soma y psique* (McDougall, 1995, p. 162), con perjuicio de la unidad psicosomática. Los síntomas somáticos materializan sensaciones de fragmentación o desorganización corporal, asumiendo la particularidad de proteger al sujeto de la amenaza de las consecuencias enloquecedoras que tendría si no se produjera esa concretización en material somático (Ulnik, 2008). Es decir, que para sobrevivir psíquicamente, la somatización juega un papel defensivo, presentándose como guardaespaldas de un Yo fragilizado: al precio de sufrimientos relativamente circunscritos, la solución psicosomática constituiría económicamente, y en razón de las capacidades adaptativas del psiquismo del paciente, una solución más tolerable frente al terror del hundimiento identitario (Smadja, 2004).

La mente tiene la capacidad de accionar mecanismos o de hacer que algunas funciones fracasen, excluyendo así el conflicto y, junto con él, la diferencia y la contradicción. Si el dolor y el conflicto son intolerables, promueve la ruptura, el colapso de la memoria explícita, lo que implica la desarticulación de la unidad psicosomática (Fleming, 2003) tras el abatimiento del referencial simbólico que posibilitaría el reconocimiento de estados afectivos: por esa vía, los pacientes psicosomáticos denuncian fallas en los procesos simbólicos. Mediado por la relación madre-bebé, *el imaginario determina positiva y negativamente todo el funcionamiento psicosomático* (Sami-Ali, 2002, p. 7). En los trastornos psicosomáticos, la función del imaginario — responsable de los sueños y sus equivalentes como el devaneo, y en la cual radica la actividad mental— se reprime, eliminando la sintomatología psíquica que de ella se alimenta. El sujeto suprime de la vida consciente el sueño y el interés en él, expresando sueños con carencias elaborativas evidentes, puesto que adopta un funcionamiento en confrontación con lo real: es decir, en lugar de reprimir el material psíquico y deformarlo para poderlo soñar, cierra los ojos a lo imaginario (Sami-Ali, 2002). Con la finalidad de suprimir un contenido, la represión del imaginario termina por suprimir una función: la desaparición de los sueños se destina, en realidad, a que solamente uno de ellos desaparezca. Este bloqueo desemboca en una hiperadaptación banalizante con uno mismo y con los demás, que encuentra en la *remoción del existir psíquico y en el no-ser un sentimiento de ser, dependiendo de otro para que pueda existir* (Sami-Ali, 2002, p. 68).

Ante un dolor impensable por carecer de acceso a la representación, el cuerpo reacciona en lugar del pensamiento: la somatización revela ahí lo literal y lo neutro. A expensas de la pérdida de subjetividad, se asume como continente, receptáculo de los signos y señales infraverbales emitidos por el psiquismo, para salvar el *self* de la muerte psíquica (McDougall, 1989). Es decir, que paradójicamente, los mecanismos defensivos que protegen al Yo potencian la somatización: como si aquello que se constituye como un sistema defensivo para el Yo constituyera simultáneamente una amenaza para el soma. De esta forma, el *objetivo fundamental de esa defensa anacrónica —la somatización— sigue siendo la supervivencia* (McDougall, 1991, p. 166): el cuerpo enferma para que el sujeto no se vuelva loco.

#### **VI.4.2. Enfermedad psicosomática como posibilidad de reconstrucción**

Considerar la hipótesis de la somatización como un intento de supervivencia psíquica implica reconocer que no todas las somatizaciones son del mismo orden y suelen ocurrir en circunstancias muy distintas. En cuanto signos preverbales, pueden clasificarse de acuerdo con la relación que establecen con el mundo simbólico. Si la relación se establece por similitud y predomina la identificación mimética, se dice que son icónicas; si se asientan en una relación de causa-efecto y denuncian un exceso, son indicativas; simbólicas si la relación entre signo y referente está determinada por una convención, una palabra o cualquier otro tipo de conexión no indicativa o icónica que remite a un significado, escena o conflicto latente que aparece “representado” por la enfermedad o por el síntoma somático (Ulnik; Linder, 2011).

De hecho, *una enfermedad somática puede servir para la conservación del individuo y para su reconstrucción* (Smadja, 2005, p. 97), como una *salvación psíquica* (Smadja, 2004). Pero ¿qué lugar ocupa en las transformaciones psíquicas?

##### **VI.4.2.1. Somatizaciones simbolizantes y regresiones reorganizadoras**

Hay manifestaciones corporales que pueden promover reestructuraciones adecuadas para el desarrollo de operaciones psíquicas funcionales, generan significado y tienden a la simbolización (Dejours, 1992). Es como si el cuerpo, a través del síntoma, desembocara en un trabajo de simbolización, o sea, de subversión libidinal (Dejours, 1997).

Algunas somatizaciones, principalmente en el trascurso de un tratamiento psicoanalítico, parecen inscribirse en un movimiento de reorganización, de mejoría de la evolución mental y se pueden considerar como un rasgo de progreso. Ocurren en el seguimiento de un trabajo de ligazón y expresan la atenuación de la destructividad interna como resultado de un masoquismo protector capaz de crear una nueva erotización del cuerpo. Se trata de somatizaciones simbolizantes que sobrevienen fuera de un proceso de desorganización progresiva o del marco de una depresión esencial. Aparecen como *etapas de simbolización en el recorrido de la pulsión desde la excitación a la representación mental de los conflictos* (Dejours, 1992, p. 27) y dan cuenta de una reconstrucción psicosomática. Simbolizan una idea o sentimiento y tienen

una historia, pero carecen de rasgos histéricos. Aunque distintas de las conversiones, las somatizaciones simbolizantes obedecen también a una finalidad: la elección del órgano esta dictada por su sentido. Una excitación en la experiencia de cura puede reencontrar en la repetición una experiencia del pasado: la crisis somática emergente podrá indicar una evolución del sujeto (Lechevalier, 2003), puesto que el cuerpo enfermo abre camino a las representaciones mentales.

Aunque ambas expresen intentos de supervivencia psíquica, hay que aclarar que las somatizaciones simbolizantes y las regresiones reorganizadoras son distintas: la diferencia está en que las primeras crean nuevas relaciones psíquicas, mientras que las segundas dan cuenta de un movimiento regresivo (Usobiaga, 2004). La regresión reorganizadora (Marty, 1995) no es solo mental: *la fantasía se organiza y encuentra su caldo de cultivo alrededor de la enfermedad somática* (Assoun, 1998 en Ulnik, 2000, p. 10). El detenimiento de la regresión en un punto de fijación previamente establecido en el funcionamiento mental o su activación permite al paciente reorganizarse alrededor del mismo, frenando la desorganización progresiva. Por eso, las organizaciones neuróticas en vez de ser un obstáculo se producen a veces en paralelo con las manifestaciones somáticas. Sin embargo, en el caso de que esas regresiones no logren estancar la desorganización, el sistema defensivo puede intentar bloquear el movimiento retrógrado y pone en marcha sistemas de fijación a un nivel comportamental o somático.

#### **VI.4.2.2. Simbolizaciones de transición**

Las simbolizaciones de transición, que para el aparato psíquico funcionan como precursoras de las representaciones mentales, constituyen una etapa necesaria para la reactivación del proceso de creación de las representaciones de cosas cuando este ha sido interrumpido. Son las intervenciones del analista capaces de capturar restos de lo real y que ofrecen una trama simbólica las que permiten articular las simbolizaciones faltantes. Funcionan como simbolizaciones de paso, como puentes simbólicos ante los fracasos de la simbolización. Promueven la apropiación representacional de aquello que no puede ser capturado por la libre asociación: *se caracterizan por el empleo de autotrasplantes psíquicos, vale decir de la implantación de contextos que han sido relatados o conocidos en el interior del proceso de la cura pero que no han sido aún relacionados con el elemento emergente* (Bleichmar, 2005 en Maladesky, 2005, p. 65).

No obstante, estos fragmentos representacionales no intentan rellenar un vacío sino promover el paso hacia simbolizaciones de mayor permanencia que permitan al sujeto seguir avanzando (Bleichmar, 2005 en Maladesky, 2005). En oposición a la simbolización patológica (Freud, 1895), intentan retomar cadenas representacionales fracturadas. *Cuando la enfermedad adquiere valor objetal y es investida afectivamente, aunque se trate de una simbolización protésica y aun teniendo en cuenta que esto ocurre más frecuentemente cuanto más narcisista es el paciente, igualmente se trata de una simbolización* (Ulnik, 2000, p. 16).

#### **VI.4.3. Dimensión intersubjetiva de la somatización**

¿Puede la somatización ser un grito de desamparo y desvelar una petición de ayuda? ¿Podrá ser una apelación tras el silencio psíquico del pensamiento operatorio y de la depresión esencial?

Los trastornos psicósomáticos están íntimamente relacionados con desarmonías afectivas ocurridas en la primera infancia, en virtud del desempeño inapropiado —por exceso o por defecto— de la función materna (Marty, 1962), o sea, *con fallos en el modelo intersubjetivo de construcción por el otro* (Aisenberg, 2005, en Maladesky, 2005, p. 37), que dificultan la integración psique-soma (Smadja, 2005). Es a través del ejercicio de esta función que la madre promueve el desarrollo del bebé y el paso del autoerotismo al narcisismo primario.

De hecho, los trastornos psicósomáticos ofrecen al sujeto desde el inicio de su existencia un recurso para lanzar al otro un llamamiento a aliviar un sufrimiento indecible (Volich, 2002), puesto que la precariedad simbólica no permite que se exprese de otro modo. Teniendo en cuenta la importancia del objeto, se plantea la hipótesis de que la somatización se dirija al encuentro con el Otro en la búsqueda de su significación, expresando una petición de ayuda<sup>108</sup>. Las alteraciones en la economía libidinal se traducen en contribuciones narcisistas secundarias, cuya fuente será externa: la irrupción de una somatización grave activa una *función materna colectiva* (Smadja, 2005) que presenta un valor sustitutivo, provisional y regresivo de la función materna (Fain, 2001).

---

<sup>108</sup> Esta posición es la que defienden C. Dejours, J. McDougall y D. Winnicott.

Las *creaciones psicósomáticas* son las menos apropiadas para la vida: dan cuenta de un modo primitivo de comunicación *utilizado tempranamente en la historia humana para atraer la atención del otro* (McDougall, 1994, p. 1). Una traducción precaria de la determinación del sujeto de vivir, puesto que remite a la necesidad de ser cuidado. Así, se puede reconocer *en las somatizaciones una llamada de ayuda, un último grito de desamparo antes de la muerte psíquica* (Winnicott, 1990).

## **VI.5. Cuestiones de vida y de muerte: fundamentos metapsicológicos de la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica en psicósomática**

En la investigación de la hipótesis de que para no volverse loco el sujeto somatiza es importante profundizar en los fundamentos metapsicológicos que subyacen a una u otra solución. De hecho, se reconoce en estos fundamentos la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica de la cual la patología psicósomática da cuenta. Duelo, sublimación, narcisismo, masoquismo y trabajo de lo negativo son aspectos relevantes que pueden asumir dimensiones de vida o de muerte y serán determinantes en la respuesta del sujeto ante el sufrimiento: somática o psíquica. Concebir la somatización como una defensa y tratar de comprender cómo, por qué y para qué enferman los sujetos implica conocer los movimientos psíquicos que subyacen. La relación entre somatización y psicosis merece destacarse, puesto que los mecanismos responsables de la sintomatología psicótica están más cerca de los que subyacen a la posibilidad de eclosión de una somatización.

### **VI.5.1. Duelo, melancolía y somatización**

La pérdida del objeto es fuente de excitación por dos vías: liberación de la libido objetal y coexcitación libidinal impulsada por la herida que provoca la pérdida.

En el trabajo de duelo, el movimiento regresivo que se instala por la retirada de la catexia objetal y que es esencial en su resolución da cuenta de la positividad de la pulsión de muerte. Para que el objeto adquiera representación es necesario un *proceso de desidentificación que permita que los recuerdos (sistemas de huellas mnémicas representacionales) descatectizados, ocupen su lugar* (Marucco, 2008, en Maladesky,



2008, p. 254). Si el trabajo de duelo está en el centro de los procesos de transformación característicos de la función objetualizante, la función desobjetualizante de la pulsión de muerte es el procedimiento más radical para oponerse a ese trabajo, revelándose responsable de los duelos patológicos (Green, 1986): ausencia de objeto, ausencia de sí mismo, ausencia de representación y de pensamiento dan cuenta de un vacío que opera en el sentido inverso de la elaboración del duelo. Sin embargo, este trabajo de lo negativo es necesario para que el sujeto pueda desinvertir, pero sin que haga que los objetos y la posibilidad de investidura desaparezcan. Será esa desinversión la que posibilitará que, a continuación, puedan surgir nuevos investimentos objetuales.

La economía psíquica que se establece en el duelo —retracción libidinal y desintrincación pulsional— se relaciona con la somatización de dos formas: reacciones somáticas transitorias y benignas que encuentran asiento en una regresión y que pueden incluso coexistir con el agravamiento de sintomatología neurótica o delirante preexistente, o enfermedades más graves que tienen su origen en una desorganización psicosomática. Freud (1917[1915]) informa de la existencia de una relación estrecha entre duelos patológicos y enfermedades somáticas graves.

La alteración de la investidura narcisista acerca la solución somática a la solución melancólica, y ambas dan cuenta del duelo patológico: *la melancolía (...) se define bajo formas clínicas diversas que no es seguro que se puedan agrupar en una unidad, y entre las cuales algunas hacen pensar más en afecciones somáticas que en afecciones psicógenas* (Freud, 1917, en Castellano-Maury, 1992, p. 64). Sin embargo, en la melancolía, la problemática incide en la contraposición entre el Yo y el Superyo, en particular el Ideal del Yo: el sadismo del Superyo se vuelca hacia el propio Yo. La idealización del objeto perdido no permite la desinversión libidinal necesaria para que el trabajo de duelo se cumpla. El sujeto se identifica con el objeto y su pérdida es una pérdida del Yo: *una sombra del objeto recae sobre el Yo* (Freud, 1917[1915], p. 254). Es decir, que hay una especie de incrustación del objeto psíquico que lleva a la destrucción del propio Yo (Marucco, 2008) y que comporta una herida narcisista: *el dolor constituiría un agujero en el psiquismo que vacía el Yo de sus investiduras y consecuentemente lo empobrece* (Freud, 1917[1915], p. 258).

En la somatización, el carácter de refugio en el Yo, de retracción en relación al mundo de los objetos propio del sufrimiento en el cuerpo, es comparable al dolor moral del paciente melancólico (ibíd.). Ambas, somatización y melancolía, dan cuenta de una

solución narcisista. La diferencia esencial está en el modo de expresión del sufrimiento. Aunque abra la puerta a una dinámica autodestructiva, la somatización puede considerarse como una modalidad adaptativa ante la pérdida del objeto, mientras que la melancolía es una solución claramente patológica. Se plantea entonces la hipótesis de que la enfermedad orgánica pueda eclosionar como defensa ante la insoportabilidad, también ella autodestructiva, del sufrimiento melancólico.

Pero ¿por qué los pacientes psicosomáticos presentan dificultades en procesar los duelos? La relación objetal alérgica (Marty, 1962) explica que pacientes con alergias diversas manifiesten un modo particular de relación de objeto. Los vínculos narcisistas que establecen con el objeto no permiten el reconocimiento de la alteridad, ni tampoco la separación o el conflicto: el Otro, en cuanto objeto de necesidad y no como objeto de deseo, es parte de sí mismo. Los pacientes no reconocen o tienden a borrar los límites que los separan del otro, a *condición de que las cualidades del objeto no se alejen demasiado de un cierto ideal de sí mismo* (Castellano-Maury, 1992, p. 67): toda la diferencia excesiva se desborda, puesto que es intolerable. Cuando adquiere cronicidad, esta tendencia implica un compromiso serio de los recursos defensivos, que parecen tan solo capaces de asimilar pequeñas cantidades de libido y de agresividad. Una vez alcanzado el límite, surge el ataque alérgico somático. Las crisis se desencadenan ante la imposibilidad de identificación o ante las incompatibilidades entre dos objetos igualmente investidos (Casetto, 2006).

Con su intento de recrear la ilusión primitiva de la unidad corporal y mental con la figura materna y a partir de procesos de identificación sólidos, los pacientes psicosomáticos tienden a establecer relaciones fusionales, prolongando la fantasía de un cuerpo para dos (McDougall, 1989). Esta fantasía de un cuerpo único dificulta la adquisición de la noción de ausencia y les hace muy difícil soportar las vivencias de pérdida que las separaciones implican. En función de las restricciones de tramitación simbólica es difícil procesar de un modo abstracto los problemas a los que los pacientes tienen que enfrentarse en sus vidas (Ulnik, 2008) y reaccionar emocionalmente a acontecimientos dolorosos, en particular, los duelos. Las pérdidas no encuentran resonancia interna y esto hace que la angustia no sea representable ni tampoco comunicable (Castellano Maury, 1992). Sin elaboración, tampoco acceden al circuito de la represión: el sujeto se halla así en riesgo de una desorganización psicosomática, lo

que justifica el hecho de que a menudo surjan somatizaciones graves en los duelos patológicos o tras una separación o pérdida (Weiner, 1982).

Los recursos defensivos para hacer frente al sufrimiento implican la escisión del Yo, que permite que una parte del Yo reconozca la pérdida como en un duelo normal, y la desmentida, que impide el reconocimiento de la pérdida e impulsa hacia la idealización: el objeto cuya pérdida es desmentida, podrá retornar a través del síntoma corporal (Casetto, 2006).

### **VI.5.2. La sublimación como destino pulsional**

El concepto de sublimación en la obra de Freud sigue un largo recorrido que parte de la correspondencia con Fliess (carta 61- Manuscrito L, 1897) hasta *Esquema del psicoanálisis* (1940 [1938]), publicado después de su muerte. En 1908 se presenta como forma de evitar el displacer y las fuentes de sufrimiento causadas por la civilización: es la actividad creativa que inscribe el sujeto en la cultura, planteando así la relación entre sublimación y pulsión epistemo-fílica (Freud, 1910): también *la curiosidad y el impulso a investigar son considerados como una completa sublimación de la pulsión agresiva o destructiva*<sup>109</sup> (Freud, 1937, en Jones, 1989, p. 449). *Se obtiene el máximo cuando se consigue intensificar suficientemente la producción de placer a partir de las fuentes de trabajo psíquico e intelectual* (Freud, 1937, p. 87).

La sublimación se incluye en los destinos de la pulsión, a la par de la represión —que será su extremo opuesto—, del retorno hacia sí mismo y la transformación en lo contrario (Freud, 1915), e impide que la trayectoria pulsional se cumpla hasta al final de forma no modificada.

Si en la 1ª tópica se relaciona con el campo de la representación, en particular con el desvío de una representación sexual a otra no sexual equivalente en términos simbólicos (Pires, 2011), con la introducción del narcisismo y la presentación de la 2ª tópica, surge la idea de una desexualización inherente a la sublimación (Roudinesco, 1997). La introducción de las pulsiones de muerte lleva a la hipótesis de una intensidad pulsional sin representación, aportando nuevas luces a la comprensión psicoanalítica de

---

<sup>109</sup> La sublimación de la pulsión de dominio, derivada de la pulsión de muerte, resulta en la pulsión epistemo-fílica y escopto-fílica.

los procesos sublimatorios. En la 2ª tópica (1923), al campo representacional se agrega el campo de las intensidades. El trabajo desequilibrante de las pulsiones de muerte proporciona una vía de acceso a la elaboración psíquica pero, para que su fuerza se transforme en producción, es necesario que el conflicto se transforme en creación, y que en lugar de destruir, el sujeto cree. El fin de la pulsión se sublima: en lugar de la destrucción inherente al retorno, la destrucción se convierte en insistencia en la creación.

La sublimación no solo se define entonces en términos de un desvío de la pulsión hacia una meta no sexual y/o no destructiva, sino que también se reconoce ahora el cambio de objeto como un elemento fundamental. Es uno de los caminos posibles donde el conflicto pulsional puede desembocar, lo que implica un movimiento de retracción libidinal por desinversión objetual en beneficio de una centralización narcisista. Este camino universal a la sublimación, que pasa por la desexualización y conlleva una desintrincación pulsional, requiere atribuir a la libido un nuevo destino, y la investidura se desplaza hacia un nuevo objeto de satisfacción, socialmente valorado, en las artes, en el conocimiento o en el deporte (Freud, 1923). La pulsión encuentre un nuevo destino para su satisfacción: una energía desexualizada o desagresivizada, desplazada hacia el real, simbólicamente al servicio de una actividad creativa. Sin embargo, y aunque en el origen de toda la actividad artística esté la sexualidad, no toda la actividad artística es una sublimación.

La renuncia y la necesidad de dominio pulsionales son determinantes para la supervivencia: las huidas hacia la enfermedad, la neurosis y la psicosis son salidas posibles para el ser humano (Freud, 1930). *Con fines de descarga, la pulsión de destrucción se pone a menudo al servicio de Eros* (Freud, 1923, p. 54). Planteada como un conjunto de *actividades humanas sin ninguna relación aparente con la sexualidad, pero que tiene su elemento propulsor en la fuerza de la pulsión sexual* (Laplanche y Pontalis, 1967, p. 420), la sublimación permite una alteración de la realidad tomando en consideración la castración y al mismo tiempo el deseo en beneficio de la supervivencia psíquica: reorienta así sus objetivos pulsionales para eludir la frustración proveniente del mundo exterior y satisfacer los procesos psíquicos internos.

La sublimación depende de la dimensión narcisista del Yo, puesto que es a través de la mediación yoica que la libido, desexualizada, puede ser desplazada (Roudinesco, 1997), y que la desintrincación pulsional puede tomar un sendero creativo.

Es la transformación del Yo Ideal narcisista en Ideal del Yo, estructura objetal en relación al Otro, lo que permite la satisfacción pulsional por vía sublimatoria. El juego pulsional se desplaza desde el duelo inherente a la pérdida hacia la creación: *la somatización se calla y el cuerpo se calma para acceder al dominio sublimatorio de la creación artística* (Fève, 2005, p. 1759).

#### **VI.5.2.1. Sublimaciones de vida o de muerte: la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica**

Si la desexualización implica una desintrincación pulsional, esta sería un producto tanto de la simple desexualización como de la sublimación, puesto que la primera es una implicación de la segunda: la sublimación libera las pulsiones de muerte.

De hecho, si implica una modificación en la finalidad<sup>110</sup> y en el objeto, hay que considerar la desintrincación pulsional que se produce: es decir, que si por un lado la sublimación protege, permitiendo lidiar con parte de un exceso pulsional hasta el momento sin representación, al mismo tiempo lleva a una ampliación de la desintrincación: las pulsiones de vida serían sublimadas, mientras que las pulsiones de muerte permanecerían libres. El trabajo sublimatorio produce como consecuencia *una liberación de las pulsiones de agresión dentro del Superyó, que luchan contra la libido* y dejan el Yo expuesto *a los peligros de los malos tratos y de la muerte* (Freud, 1923, p. 57). Así, puede asumir dos destinos que dan cuenta de la paradoja inherente a la sublimación: base de la cultura y causa de destructividad (Metzger; Júnior, 2010). Uno de esos destinos contempla la imposibilidad de intrincación pulsional, cuya consecuencia es que las pulsiones de muerte permanecen libres. Es decir, que si por un lado la sublimación empuja hacia la creación, la liberación de las pulsiones de muerte también puede potenciar la autodestructividad. El otro destino confiere una dimensión productiva a la sublimación y hace posible el enlace entre pulsiones de muerte y libido, promoviendo la creación y la diversidad.

Aunque no termine con el sufrimiento psíquico, la sublimación suele apaciguarlo. Sin embargo, es poco apta para asegurar el edificio psicosomático (Marty, 1990), ya que solo la represión estaría en condiciones de tratar la excitación y

---

<sup>110</sup> La finalidad es la descarga pero esta no es directa y se satisface con otros objetos.

*racionalarla en pequeñas cantidades que enriquecerán el preconscious* (Asseo, 1994, p. 51). En realidad, no garantiza nada ni protege al sujeto de la totalidad de los peligros internos (Green, 1993) y su potencial autodestructivo. Algunos sujetos pueden llegar a sublimar sucesivamente por medio de escisiones, mecanismo predominante en el funcionamiento no neurótico de la personalidad (Sechaud, 2010 en Aisemberg, 2010). En ese caso, hay que considerar sus límites económicos: *es la distancia entre los arreglos sublimatorios y su relación con el sufrimiento que buscan dominar, la que da cuenta de los distintos destinos de la creatividad, ya sean satisfactorios o se dirijan al fracaso; los destinos de esos arreglos deben entenderse como variaciones de la distancia de la sublimación en relación con sus fuentes pulsionales* (Carvalho, 2006, en Mendes, 2011, p. 65).

Freud (1930[1929]) menciona que cuando la fuente de sufrimiento es el propio cuerpo, la sublimación falla, ya que si las pulsiones no logran alcanzar la representación psíquica, tampoco podrán cambiar su fin u objeto. La fragilidad narcisista y la dependencia del otro que caracterizan a estos pacientes condenan el éxito del proceso sublimatorio. Es la capacidad de simbolización la que permite que la pulsión cambie de meta y de objeto, o sea, el desplazamiento de la energía y el hecho de llevar a una realización pulsional (ibíd.). Los problemas de tramitación simbólica, presentes a menudo en pacientes con vida operatoria, implican una actividad sensorial motora y perceptiva intensificada: la proximidad entre sujeto y realidad no permite que el sujeto logre cambiar de objeto. La satisfacción alucinatoria del deseo está comprometida, puesto que sujeto y objeto se confunden y esta ausencia de reconocimiento de un objeto separado y diferenciado imposibilita su representación y, con ello, la posibilidad de su sustitución. De hecho, solo se puede buscar y encontrar lo que se ha perdido y, a su vez, solo se puede perder lo que se ha recibido. Pero esto aporta un sufrimiento emocional generado por la ausencia del objeto o por sus inevitables fallos en la satisfacción de las exigencias pulsionales.

En los pacientes con vida operatoria, el inconsciente escindido impide la representación de sus contenidos fantasmáticos y la elaboración onírica, y por eso la sublimación fracasa: así, no solo no apacigua al sujeto, sino que puede incluso contribuir a su desorganización.

La sublimación preside una serie de transformaciones que pueden promover el acceso de la excitación corporal a la elaboración pulsional o, en su imposibilidad, llevar

a pasos al acto o somatosis. Esto ocurre cuando el componente erótico no tiene energía suficiente para asegurar una nueva intrincación pulsional y someter las pulsiones de muerte (Freud, 1923): *Eros se ve disminuido por el hecho mismo de la transformación que exige la propia creación* (Caparrós, 2008, p. 253). La desintrincación y consecuente liberación de los elementos destructivos y su acción silenciosa seguirían su curso hacia la desligazón y no hacia su representación<sup>111</sup>, encontrando en el cuerpo una posibilidad de descarga.

Sin embargo, si por una parte la sublimación no resuelve el sufrimiento sino que puede agravarlo —e incluso facilitar la eclosión de una somatización o contribuir a que el sujeto se mantenga enfermo o empeore—, por otra, en algunos sujetos constituye una vía de satisfacción y de placer que funciona como un proceso de gestión de la economía pulsional, a través del encuentro con un objeto capaz de proveerla. No obstante, solo una parte de la libido es susceptible de sublimación; la otra puede sufrir cualquier otro destino, motivo por el cual la sublimación no proporciona una protección completa, e incluso los sujetos creativos pueden manifestar síntomas psíquicos. De hecho, Freud (1912) se opuso a considerar la sublimación como una salida privilegiada para la cura, y destaca sus puntos débiles: se trata de una capacidad accesible a pocas personas y una presión indebida; en ese sentido puede tener efectos nefastos, puesto que priva al sujeto de su satisfacción inmediata y restringe la satisfacción pulsional. Así, el acto creativo refleja la paradoja de la condición humana por los costes que la sublimación impone a aquel que crea sin ofrecerle ninguna garantía (Dutra, 2002). Esto remite al carácter ambivalente de la sublimación: es posible una sublimación de muerte vinculada a la autodestructividad y una sublimación de vida asociada a la creación y a la supervivencia psíquica.

La satisfacción alucinatoria del deseo que preside el proceso creador solo se hace posible en su encuentro con una realidad creada, en cuanto que esta confirma el propio proceso. Es la reinvestidura de las huellas de una experiencia de satisfacción (Green, 1990): de hecho, la sublimación persigue la huella del objeto perdido. *Lo intrapsíquico puede crear por sí mismo al otro semejante de la representación con la finalidad de paliar las carencias y vicisitudes de la satisfacción esperada, proveniente*

---

<sup>111</sup> Como es el caso de la escritura de la contención y de la escritura del exceso, esta última caracterizada por un desbordamiento de los elementos destructivos responsables de los suicidios: Sylvia Plath y Virginia Wolf son ejemplos de ello.

*del exterior* (Green, 2005, p. 247). *Esto es posible porque hay una fuerza de atracción, de investidura, de apego que es la pulsión.* Así, el proceso sublimatorio exitoso permite reorientar las pulsiones de modo que un deseo que no pueda satisfacerse directamente, a la vez de reprimirse, encuentre en la creación nuevas formas de satisfacción. Implica la transformación de la fuerza en creación de un nuevo objeto para la pulsión, lo que posibilita la descarga pulsional y el alivio de la tensión: la satisfacción libidinal que aporta permitirá un reequilibrio pulsional.

Es en el encuentro entre proceso sublimatorio y proceso creador donde reside la posibilidad de reconocer a la sublimación su trabajo a favor de la supervivencia psíquica. Ese encuentro proporciona al aparato psíquico una salida creativa, o sea, una experiencia subjetiva singular que satisface procesos psíquicos y que resulta en una transformación interna de aquel que crea. Cambiar de objeto implica una creación por parte del sujeto y es a partir de ese encuentro particular sujeto-objeto que la sublimación puede transformar: el éxito del proceso sublimatorio no se puede restringir al cambio de destino de la pulsión —de fin o de objeto—, sino al cambio que se produce en el sujeto que crea en su relación con el objeto creado. Pero ¿qué relación es esta?

El mecanismo de identificación es lo que permite que el Yo introyecte el objeto y sus cualidades, enriqueciéndose: el objeto adquiere el estatuto de representación y favorece la intrincación, que neutralizará las pulsiones de muerte no ligadas resultantes de la desexualización inherente a la sublimación. Así, es el propio Yo y no su instancia ideal lo que se coloca en el lugar del objeto.

Esto remite a la importancia de la distinción entre sublimación e idealización: mientras que la sublimación tiene que ver con el cambio de fin y de objeto de la pulsión, la idealización es un proceso que tiene que ver con el objeto que, sin alteración alguna en su naturaleza, se engrandece y se exalta en la mente del sujeto. Es decir, que si la sublimación implica un cambio de objeto, la idealización lo mantiene, lo que impide su sustitución; puede incluso llevar a que el sujeto permanezca cautivo del objeto, como ocurre en la melancolía. En este sentido, la idealización empobrece libidinalmente el Yo, puesto que el Yo pone el objeto en el lugar del ideal del Yo.

Por consiguiente, poner el Yo en lugar del objeto permitirá que, más allá del reconocimiento social, el Yo sea amado por el Superyó. En este sentido, se propone que la valorización social no basta para que una creación cumpla su papel transformador. De hecho, lo que resulta eficaz desde un punto de vista estético no siempre tiene éxito



desde el punto de vista psíquico: del mismo modo, uno puede ingresar en un tratamiento analítico —que puede promover procesos sublimatorios— sin que nadie lo sepa y ese tratamiento puede ser más eficaz desde el punto de vista psíquico que una pintura apreciada por los demás, aunque esta, dotada de una realidad material y social, promueva una gratificación narcisista que suele repercutir en la economía psíquica. De hecho, Freud (1930 [1929]) considera que la sublimación alcanza el éxito máximo cuando se intensifica la producción de placer a partir de las fuentes del trabajo psíquico e intelectual.

Sublimación y creación se consideran a menudo sinónimos: sin embargo, la sublimación es uno de los destinos de la pulsión, mientras que la creación es una vicisitud excepcional, que protege de un exceso y lleva a la transformación. En este proceso creativo, el inconsciente juega un papel esencial y determinante en el éxito sublimatorio: mediado por el Yo, el trabajo sublimatorio permite que los contenidos inconscientes se vuelvan aceptables para la consciencia y se transformen en algo placentero para uno mismo —valorado por el Superyó— y, a menudo, para los demás. Es decir, que la obra creada resulta de la proyección de fantasmas, lo que permite que las fuerzas pulsionales inconscientes se inscriban en el universo de la simbolización. Esto lleva a que el sujeto cree nuevas relaciones y significados más allá del consciente y preconscious, puesto que permite elaborar contenidos vinculados al inconsciente primario y transformarlos simbólicamente (Mancia, 1993). En este sentido, la sublimación logra su función a favor de la supervivencia psíquica y de la vida.

### **VI.5.3. Economía narcisista en psicosomática y pulsión de muerte**

El narcisismo primario es un *presupuesto indispensable para la coherencia freudiana de la vida pulsional* (Smadja, 2005, p.91); resulta de las investiduras eróticas de las funciones somáticas, de los autoerotismos primarios y de la coexcitación libidinal.

Las elaboraciones freudianas sobre el narcisismo son fundamentales para la comprensión de la relación entre locura y somatización: *un egoísmo fuerte constituye una protección contra la enfermedad pero, en último recurso, debemos comenzar a amar para no enfermarnos y estamos destinados a caer enfermos si, como consecuencia de la frustración, somos incapaces de amar* (Freud, 1914a, p. 92). Así, mientras que el

sufrimiento psíquico remite al investimento objetal, el dolor corporal remite a un investimento narcisista del cuerpo o del área lesionada (Freud, 1926). El paso del dolor psíquico al dolor corporal corresponde entonces a la transformación de la investidura objetal en investidura narcisista: de hecho, la retracción libidinal promueve la desexualización. Este retorno de las inversiones al Yo, o sea, el narcisismo secundario, suele ser pronunciado en las afecciones con grave compromiso orgánico (Braier, 2005).

#### **VI.5.3.1. Narcisismo y paradoja psicósomática**

Las observaciones psicoanalíticas dan cuenta de que las variaciones en el funcionamiento somático están relacionadas con variaciones en la cualidad del narcisismo (Cupa, 2006). Se reconoce la existencia de una experiencia temporal de aparente bienestar en pacientes cuya vida afectiva había sido previamente dominada por una angustia difusa. Aquí se reconoce una paradoja: el diagnóstico de una somatización, lejos de desencadenar una reacción depresiva, provoca por el contrario un apaciguamiento de la angustia preexistente y una cierta euforia. Por otro lado, cuando el paciente se sabe curado, reacciona con manifestaciones depresivas (Smadja, 2007). ¿Cómo justificar esta variación?

Se explica por la relación entre la pérdida narcisista inicial de la depresión esencial y el beneficio narcisista secundario proveniente del diagnóstico. Instalada la somatización, coexisten dos sistemas defensivos distintos: retirada narcisista y coexcitación libidinal se ponen en marcha frente al impacto potencialmente traumático y desorganizador a que puede llevar la somatización.

La enfermedad somática conduce a una regresión narcisista que hace que el Yo capte para sí mismo la libido objetal (Caparrós, 2008) —narcisismo secundario—, constituyéndose entonces como objeto de investidura. Las inversiones libidinales objetales y el interés por el mundo exterior desaparecen y son sustituidos por sus propios órganos enfermos. Este movimiento es responsable del paso de un estado de depresión esencial a un estado de exaltación narcisista y por tanto se convierte en un intento de religazón mental. El éxito de este intento se traduce en la reaparición de la sintomatología psíquica y en el reinicio de la locura, lo que explica el término de una crisis somática o la vulnerabilidad a la enfermedad orgánica: se trata de movimientos basculantes en los cuales la enfermedad alimenta la locura, que aparece como

consecuencia de la enfermedad. Alrededor de una lesión puede emerger una reorganización psíquica como la histerización secundaria o hipocondría. Es el caso de Schreber, que da interpretaciones delirantes a los síntomas somáticos, lo que demuestra la diversidad de los mecanismos vigentes en los pacientes psicóticos que son víctimas de una enfermedad somática: negación, escisión, delirios alucinatorios y de interpretación.

Es decir, que *el hombre enfermo retira las catexias libidinales de sus objetos amorosos de vuelta hacia el propio Yo, y las pone de nuevo fuera cuando se recupera: mientras que sufre, deja de amar* (Freud, 1914a, p. 89). No hay entonces fundamento para considerar que *la enfermedad somática se acompaña de sintomatología negativa; por el contrario, muchas veces la sintomatología positiva se incrementa y el enfermo se pone más neurótico, o más caracteropático, o más defensivo y más fantasmático* (Ulnik, 2000, p. 16), evidenciando una considerable capacidad simbólica. Aulagnier (1979) plantea que el sufrimiento en el cuerpo excluye la representación, pero su corporeidad alivia la amenaza a la integridad narcisista: la enfermedad somática aparece como una defensa contra el sufrimiento psíquico que protege al Yo, puesto que sostiene narcisistamente al sujeto, que así no delira. Frena la desorganización y, a través de la coexcitación libidinal, promueve la reintrincación pulsional. La coexcitación libidinal junto con la movilización de cuidados fomenta aún más las alteraciones que ocurren, puesto que la *hipercatexia narcisista del órgano perjudicado sujetaría el exceso de excitación* (Freud, 1920, p. 44). La investidura narcisista en la enfermedad somática —a la vez que da la posibilidad de nombrarla y concretizar el sufrimiento— se refleja en una mejoría de la sintomatología psíquica, en particular la delirante y alucinatoria, pero también la neurótica. El funcionamiento basculante presupone la continuidad somato-psíquica. Sin embargo, las desorganizaciones más graves hacen inviable la intrincación pulsional y la tendencia a la somatización se incrementa. Cuando el funcionamiento en báscula no es viable, la coexcitación libidinal fracasa y la erogeneidad se pierde, lo que lleva a una escisión de esa continuidad que también hace fracasar el retorno de la locura.

### **VI.5.3.2. Narcisismo: locura y enfermedad orgánica**

La psicosis, en cuanto retirada libidinal de los objetos hacia el Yo (Fabião, 2007), es el lugar privilegiado de comprensión del narcisismo. La retracción narcisista y la exaltación que le sigue llevan a que el Yo desprecie el principio de la realidad y entre en conflicto con el mundo externo, lo que justifica la sintomatología psíquica característica —en particular, la megalomanía y el delirio—. No obstante, y aunque el Yo tenga una considerable cantidad de agresividad a su disposición, el principal interés del sujeto se dirige hacia la autoconservación (Freud, 1931). Aunque a expensas de una reconstrucción delirante, el esfuerzo del trabajo de ligazón frena el movimiento desobjetalizante. Pero si en la somatización se produce también una retracción libidinal y si en ambas la problemática es fundamentalmente narcisista ¿qué es lo que ocurre para determinar la instalación de una u otra?

Smadja (2007, s.p.) se refiere a dos *reservorios que el Yo erige para protegerse de la autodestrucción psíquica: uno es objetal y se relaciona con las inversiones libidinales de los objetos. El otro es narcisista y se vincula con las inversiones eróticas de naturaleza narcisista. Mientras que en la psicosis el embalse narcisista se mantiene, en la somatización ambos reservorios se rompen*. Si la coexcitación no asegura la reintrincación pulsional del excedente energético, el psiquismo es dominado por una excitación que no puede ser metabolizada desde su interior y se desborda. El embalse narcisista, más frágil, se ve alcanzado. Se produce una retirada de investidura libidinal narcisista, y la regresión evoluciona hacia la desorganización de los procesos psíquicos que, sostenida por la desinversión y desobjetalización, puede alcanzar el soma. La somatización denuncia entonces un compromiso de la función del narcisismo (Aisemberg, 2005 en Maladesky, 2005).

### **VI.5.3.3. Narcisismo destructivo, negativo o de muerte y somatización**

Si al comienzo el narcisismo se relacionaba solamente en su modo positivo con las pulsiones de vida, la introducción de la pulsión de muerte produce cambios en esta perspectiva. Al considerar que su principal objetivo es la descatexis libidinal y el progresivo desligamiento del objeto, hay que reconocer la posibilidad del modo negativo de las pulsiones, en particular de las pulsiones sexuales.

*En el narcisismo todo el deseo es arrastrado hacia el Yo, pero es también un movimiento regresivo, un empobrecimiento del Yo que puede, paradójicamente, resultar destructivo precisamente por ello* (Gutiérrez, 2010, p. 750). Bajo el dominio de las pulsiones de muerte predomina la desligazón, que se desarrolla oscilando entre desinvestidura del objeto en beneficio del narcisismo positivo y desinvestidura del Yo —narcisismo negativo—. Así, *el narcisismo es la piedra angular en la génesis de la pulsión de muerte* (Green, 2007, p. 33).

La aspiración del Yo hacia un proceso desobjetalizante es *un eslabón necesario para articular libido del Yo y pulsión de muerte* (Caparrós, 2008, p. 240) y da cuenta de un narcisismo destructivo (Rosenfeld, 1987), negativo o de muerte: *el sujeto aspira a dejar de ser* (Green, 2010, p. 306). El Yo carencial o deficitario, que deja de ser investido libidinalmente, es un Yo aquejado de narcisismo negativo, que toma la dirección de la inexistencia y de lo neutro, del vacío: el Yo y la propia investidura sufren una desobjetalización. El pensamiento operatorio expresa el blanco, o sea, la inhabilidad para crear representaciones en ausencia del objeto. El blanco, cuando se relaciona con el *afecto*, es *indiferencia*, cuando recae sobre la *representación*, es *alucinación negativa*, cuando se dirige hacia el propio pensamiento es la *psicosis blanca*<sup>112</sup>. El repliegue narcisista y el proceso de desaparición subjetiva que lo acompaña dan cuenta de un autoerotismo intracorporal tóxico (Maldavsky, 2005) que se manifiesta en la somatización.

#### **VI.5.3.4. Conflicto intranarcisista Yo-Yo Ideal y somatización**

No obstante la importancia de los aspectos económicos en los trastornos psicosomáticos, no se pueden marginalizar las implicaciones de la dimensión tópica y de la dimensión dinámica en el curso de una depresión esencial.

El Superyó, heredero del complejo de Edipo *encierra el Yo Ideal y el Ideal del Yo, coexistiendo las funciones de censura con otras idealizadoras* (Caparrós, 2008, p. 158). En *El Yo y el Ello* (1923), Freud plantea que el Yo-Ideal proviene de la idealización: ideal narcisista, remite al período preedípico y tiene raíces sensorio-motoras. Se trata de un paso obligatorio en el desarrollo del Yo, en la transición del

---

<sup>112</sup> El autismo es un ejemplo.

universo oral al universo anal, que se ubica en la categoría de lo imaginario y retira al niño de su propio cuerpo: ideal evocado por su Yo-ideal, por la motricidad. El Yo es en su origen su propio ideal. Proyecta ese ideal, o sea, su libido narcisista, en un objeto que se vuelve un ideal. Sin embargo, la libido narcisista puede investir en un ideal desmedido: es omnipotencia y nostalgia, mientras que el Ideal del Yo es signo de futuro. Esas dos instancias, Yo-Ideal e Ideal del Yo, intervendrán en la formación posterior del Superyó. Pero mientras que el primero es el destinatario del amor a sí mismo, el segundo implica la renuncia al narcisismo primario —erigiéndose como su sustituto— y posee un aspecto dinámico: el sujeto *busca recuperar la perfección narcisista de su infancia bajo la fórmula del Ideal del Yo, que aparece ante él como una meta a alcanzar en tiempos futuros* (Caparrós, 2008, p. 271). Un Superyó que no está suficientemente desarrollado, sino que es una referencia exterior, exige más desde su ideal. Por eso los pacientes somatizadores se muestran tan dependientes de la aprobación de su entorno (Rolla, 2005), borrando su subjetividad.

En las estructuras edípicas, el Yo-Ideal está integrado en el par Superyó-Ideal del Yo. No obstante, en situaciones de conflicto entre el Ideal del Yo y el Yo, la regresión libidinal puede conducir a una degradación del Superyó que lleva a su reaparición secundaria: en los momentos de regresión o desorganización psíquicas inherentes a los trastornos psicósomáticos, el Yo-Ideal se destaca del par.

El conflicto intranarcisista que se erige entre el Yo y el Yo-Ideal, pronunciado por las exigencias del segundo con respecto al primero, que se somete y conforma, es particularmente relevante en los trastornos psicósomáticos. Narcisistamente poderoso, el Yo-Ideal se caracteriza por su excesividad y desmesura, por las exigencias inagotables del sujeto con uno mismo y con los demás. Sus exigencias se vinculan a la motricidad: todo lo que constituya un obstáculo al sentimiento de expansión ilimitado de la actividad corporal es una fisura narcisista. Estas exigencias se expresan bajo la forma de un pensamiento en acto en el cual la descarga de la tensión pulsional se dirige hacia la motricidad, excluyendo la posibilidad de represión. Esto es lo que ocurre en la forma pronunciada de pensamiento operatorio: sin posibilidades de adaptación a las circunstancias exteriores que no sean las de una realidad operatoria, el fracaso ante la realidad se vive como una herida narcisista y no como una culpabilidad negociable. Cuando domina el psiquismo, se inviabilizan las regresiones y fijaciones funcionales, lo que hace que el Yo ideal resulte eminentemente mortífero (Marty, 1995).

En función de su carácter narcisista, el Yo-Ideal tiende a emplear desmedidamente mecanismos compensatorios como el intento inconsciente de restaurar el estado anterior de omnipotencia. *El Yo-Ideal encarna el aspecto conservado o reencontrado del narcisismo primario; bajo estas circunstancias, atestigua una insuficiencia evolutiva parcial del aparato psíquico, que altera sobre todo la organización temporo-espacial del sujeto, del preconsciente y del Yo, concebidas como sucesivas imágenes de la medida* (Laplanche y Pontalis, 2000, p. 131). *El Yo-Ideal en su misma esencia, es disarmónico, ajeno al vínculo y por lo tanto narcisista* (Caparrós, 2008, p. 271).

El Yo-Ideal impone una rigidez que favorece el desarrollo de desorganizaciones progresivas que amplían en gran medida el riesgo de colapso psicosomático (Aisenstein, 2008). El resultado de esto es a menudo una desidealización del Yo que provoca heridas narcisistas profundas. De hecho, los pacientes con enfermedades orgánicas graves tienden a rechazar reflexionar sobre su vulnerabilidad somática, en función del temor de la movilización afectiva que posiblemente se desencadenaría si ese proceso indicase que la enfermedad se relaciona con variables de orden psíquico (Peres, Santos, 2006). Es decir, que la fragilidad narcisista impide la confrontación con el sufrimiento psíquico —entendido como un fracaso intolerable—, y no permite el recurso a la regresión ni tampoco a la pasividad psíquica que la misma implica.

Por tanto, el trabajo de negativización es necesario como defensa frente a la posibilidad de esa confrontación. La regresión narcisista de la libido que se instala con la instalación de una enfermedad implica la retirada de la investidura de los objetos hacia el Yo, lo que llevaría a suponer que siendo el Yo un Yo corporal, la enfermedad resultaría de un exceso de libido. Sin embargo, la ruptura del embalse narcisista que se produce lleva al vaciamiento del Yo —narcisismo negativo— y a una suerte de exclusión somática resultante de la escisión psique-soma. Esto da cuenta de un movimiento defensivo ante la regresión (Green, 2010), y la desobjectalización del Yo resulta en una deslibidinización del cuerpo, enfermándolo.

Los pacientes con fallos de identidad tenderán a privilegiar lo imaginario sobre lo simbólico y a erigir dentro de sí ideales normativos —el deber ser— que le permitirán una preservación precaria. *En el cumplimiento de esos ideales, un narcisismo apenas constituido. La intención fallida de sostener ese ideal se exteriorizará como una*

*constante necesidad de padecer como forma de pagar la culpa por el incumplimiento de los ideales* (Ulnik, 2008, p. 18).

#### **VI.5.4. Pulsión de muerte y masoquismo**

La introducción de la pulsión de muerte y el reconocimiento del placer provocado por el aumento de la tensión exigió la revisión del principio del placer-displacer. Del mismo modo que el incremento de excitación puede ser agradable, se puede volver desagradable si es excesivo. La ausencia de excitación presupone también displacer y fomenta una demanda desesperada y regresiva de sí mismo, donde los aspectos agresivos son determinantes<sup>113</sup>. Pero más allá de la dimensión cuantitativa, los aspectos agradables y desagradables de la excitación dependen también de factores cualitativos, y sufren variaciones a lo largo de la vida.

Al comienzo, las pulsiones de muerte, innatas e inherentes a cualquier organismo, son autodirigidas. Si se mantienen internamente, amenazan no solo a las estructuras yoicas, sino también al propio organismo: *extraña pulsión esta, que se dirige hacia la destrucción de su propia residencia orgánica esencial* (Freud, 1933 [1932], p. 108). Este riesgo se compensa mediante el autoerotismo y la libido narcisista que remite parte de esa destructividad hacia fuera, bajo la forma de sadismo (Andrade, 2011). El sadismo encuentra su origen en el masoquismo erótico primario, y es una expresión secundaria de la agresividad sufrida, ahora investida por la libido narcisista. La agresividad puede así utilizarse en función de la pulsión de vida: encuentra un estatuto pulsional, dejando de estar estrictamente asociada a la autodestrucción. Es decir, que el sadismo protege de la autodestrucción, puesto que hace posible aceptar y tolerar la agresividad sin contradicción con el principio del placer. Libido y pulsión de muerte se enlazan con la realidad externa para transformar y desviar la pulsión de muerte, protegiendo al sujeto de ser su propia víctima. *La libido tiene la misión de hacer inocua la pulsión destructiva y cumple desplazándola hacia fuera (con la ayuda del sistema muscular) hacia objetos del mundo externo. (...) Una parte de la pulsión se coloca directamente al servicio de la función sexual, donde juega un papel importante. Esto es el sadismo. Otra parte permanece dentro del organismo y, con la ayuda de la excitación sexual, queda libidinalmente presa* (Freud, 1924, p. 181).

---

<sup>113</sup> Es el caso del *head-banging* y los procedimientos autocalmantes.



La angustia juega un rol esencial en este proceso, puesto que estimula la expulsión de las pulsiones de muerte. Es decir, que sadismo y masoquismo atestiguan la intrincación pulsional y son protectores de la vida psíquica: el primero, dirigiendo la agresividad hacia el objeto como pulsión de agresión, el segundo revirtiéndola hacia sí mismo, bajo la forma de pulsión de destrucción. Ambos atestiguan el relieve de la pulsión de muerte y de ellos se extrae la riqueza de la vida mental.

Estos planteamientos implican repensar la importancia del masoquismo para el psiquismo. Freud sorprende al encontrar una tendencia masoquista en la vida pulsional (1915). En cuanto evidencia de la pulsión de muerte, resulta de un resto que en la dinámica de su expulsión hacia el exterior no fue eyectado, permaneciendo internamente de modo silencioso. Por eso, a propósito de los sueños repetidos en las neurosis traumáticas, Freud se cuestiona sobre las *misteriosas tendencias masoquistas del Yo* (1920, p. 24), reconociendo también en el juego de la bobina una *pulsión de dominio que actuaba independientemente de que el recuerdo fuera en sí mismo agradable o no* (ibíd, p. 27). Por consiguiente, hay una contradicción en el masoquismo implícito en la repetición, entre la búsqueda de placer o la intención de descartar el displacer: el masoquismo se vincula a la destructividad y a la intrincación pulsional, más allá de la mera búsqueda de placer. En el placer que despierta el dolor que la repetición supone, no se trata de la búsqueda de una autopunición proveniente de un Superyó cruel —condición que define la melancolía—, sino de la cesación de todo el sufrimiento por reducción de lo indeseable al silencio. La experiencia se repite porque sería más desagradable que permaneciera sin control: *la metapsicología del masoquismo remite a una discusión sobre las posibilidades de cura ante el inexorable poder de la repetición* (Andrade, 2011, p. 56). Sin embargo, la repetición también puede surgir de modo compulsivo y automático, más allá del principio del placer, como una huida desesperada de la realidad. Se concluye así que la búsqueda del psiquismo no es solamente el placer, sino también el retorno a algo experimentado previamente y que tiende a lo inanimado: la finalidad de la vida es la muerte, y negarla es negarse a vivir.

La figura materna es fundamental en la constitución del núcleo masoquista del Yo alrededor del cual el Yo se constituye. Su indisponibilidad influye en la cualidad del investimento narcisista del bebé, y por eso también repercute en la fragilidad del núcleo masoquista. Esto da como resultado que el Yo permanezca poco organizado y dependiente de la presencia materna.

Si la pulsión de muerte, primariamente volcada hacia el interior, es secundariamente investida en el objeto, es porque la libido que la intrinca así lo permite. Pero, para que este movimiento sea posible, es necesaria una intrincación preobjetual, que es del orden del masoquismo primario. El objeto es esencial para la cualificación de la agresividad puesto que es mediador y condición de intrincación pulsional. La relación entre masoquismo y objeto es fundamental puesto que pone el masoquismo como condición de investimento que transforma en objeto las realidades exteriores y crea la alteridad. Es decir, que la intrincación es la base de la formación del masoquismo, pero también está condicionada por él.

El valor intrincante del masoquismo erógeno primario asegura la retención libidinal, sin la cual el equilibrio psicosomático se hallaría en peligro. Articula placer-displacer y da cuenta de la relación entre dolor y frustración, permitiendo tolerarla ante un *quantum* de excitación excesivo. Se expresa por la capacidad de soportar la tensión y el displacer inherentes a la conflictividad pulsional, lo que es fundamental para el establecimiento de ligazones y la elaboración mental. Freud (1919) reconoce la importancia del masoquismo en el proceso de reparación narcisista. De hecho, una capacidad masoquista de base es también necesaria para un análisis, pues es lo que permite soportar la frustración y enfrentarse a una realidad a menudo no placentera.

Más allá del masoquismo erógeno primario, Freud (1924) distingue dos formas de masoquismo regresivo secundario, que encuentran sus orígenes en el retorno del sadismo al Yo y que satisfacen el masoquismo primario: el masoquismo femenino y el masoquismo moral, resultantes de la relación con el Superyó y sus imperativos sádicos.

Cuando está insuficientemente neutralizada por las pulsiones de vida, la pulsión de muerte trabaja silenciosamente. Es responsable del sentimiento inconsciente de culpa y la consiguiente necesidad de punición, que se manifiesta en la reacción terapéutica negativa (Freud, 1924). Estas expresiones dan cuenta de un masoquismo moral legitimado por el narcisismo negativo y que *favorece la tendencia a la autodestrucción más allá de los goces del masoquismo* (Green, 2010, p. 307). El masoquismo moral trata de una versión yoica de la culpa, que surge como consecuencia de la violencia implacable de un Superyó sádico y ataca a un Yo masoquista.

El masoquismo que se manifiesta en la compulsión a la repetición se traduce así en una satisfacción secundaria, como resultado de un placer ligado al sufrimiento. Sin embargo, si ese sufrimiento se vuelve insoportable, constituye también una acción

paliativa en cuanto posibilidad de transformar el dolor en placer. El placer de una defensa —si bien es cierto que es masoquista—, viene del hecho de que la defensa apacigua y domina ese sufrimiento, generando satisfacciones secundarias.

#### **V.5.4.1. El masoquismo y la paradoja psicosomática**

Freud (1923) informa de un hallazgo clínico enigmático con respecto a la neurosis traumática, subrayando la importancia del tema para la investigación psicoanalítica: *una lesión o daño infligidos simultáneamente operan a menudo contra el desarrollo de una neurosis* (1920, p. 23). Las manifestaciones propias de la organización neurótica —en particular la culpabilidad neurótica— desaparecen en el transcurso de una afección orgánica. Esto suele ocurrir porque la lesión tiene efectos en la distribución libidinal, puesto que es una fuente liberadora de un *quantum* de excitación sexual: promueve una regresión y una sobreinvertidura narcisista del órgano atacado, vinculando la excitación excesiva. Esto hace que la posibilidad de desarrollo de sintomatología psíquica disminuya.

La erotización por coexcitación libidinal (presentada previamente en los *Tres ensayos sobre teoría sexual*, 1905) y la posibilidad de reintrincación pulsional buscan restaurar un masoquismo erógeno que soporte las consecuencias del exceso de displacer inherente al sufrimiento psíquico. Freud constata así que los movimientos libidinales implicados en los movimientos basculantes entre estados psicopatológicos y somáticos ponen en juego la cualidad de la organización masoquista del sujeto: en este sentido, ¿qué relación se establece entre masoquismo y patología psicosomática?

#### **VI.5.4.2. Masoquismo y somatización**

La patología psicosomática da cuenta de un disfuncionamiento al nivel del núcleo masoquista erógeno primario del Yo y de la necesidad de su reorganización. Ante fallos en su función intrincante, la amenaza al Yo proviene de su propio interior. La pulsión de muerte no se deja dominar por Eros y en lugar de buscar una descarga directa por vía de la motricidad, se vuelca contra el propio Yo. Freud relaciona el fracaso de la función simbólica y, consecuentemente, del pensamiento, con fallos del

masoquismo, aspecto que es importante considerar en psicopatología. La capacidad para tolerar la frustración está también relacionada con la consistencia del núcleo masoquista del sujeto.

La afección orgánica promueve una transformación económica que implica una modificación en la organización masoquista del sujeto, alterando la cualidad de su satisfacción: si en el sufrimiento neurótico encuentra asiento en un afecto de culpabilidad, en el sufrimiento somático se asienta no en un afecto, sino en una constelación orgánica (Smadja, 2011). Esto da cuenta de un patomasoquismo que se traduce por el investimento en la enfermedad.

En el extremo opuesto al masoquismo está la supresión, mecanismo dependiente de la pulsión de muerte que busca neutralizar los afectos intolerables (Deburge, 2001) y que predomina en los trastornos psicopatológicos. Así, los pacientes con manifestaciones somáticas no presentan, en general, manifestaciones masoquistas, lo que fundamenta la compensación psíquica que la enfermedad orgánica suele proporcionar: parte del sufrimiento se desplaza del registro psíquico hacia el somático (Freud, 1924). Sin embargo, aunque psíquicamente en extremos opuestos ¿podrá la somatización cumplir una suerte de función masoquista, justificando la necesidad defensiva de enfermar?

De hecho, la enfermedad somática parece asegurar el montante de satisfacción masoquista, lo que explica la desaparición de sintomatología psíquica y refuerza la hipótesis de que cumple una función como intento de supervivencia psíquica. Sin embargo, se trata de un patomasoquismo que consiste en un investimento masoquista en la enfermedad (Smadja, 2006), tras un movimiento psíquico regresivo del masoquismo. En esa perspectiva, emerge la oposición entre un masoquismo guardián de la vida (Rosenberg, 1995), que *capta los peligros que amenazan el funcionamiento psíquico* (Chabert, 2008, p. 70) y un masoquismo destructivo y mortífero, que no tiene capacidad para ligar el sufrimiento y da lugar a la desinversión.

Desde el punto de vista de la segunda tópica, la constitución del Yo a partir del Ello y alrededor del masoquismo primario está en los orígenes del preconsciente, de cuyo trabajo elaborativo depende también la estructura yoica. A su vez, el Yo es la instancia psíquica responsable de la organización del juego pulsional. Pero sin un *masoquismo erótico primario consistente el Yo, narcisistamente frágil, no se permite una saludable regresión* (Castellano-Maury, 2001, p. 55). Se intenta defender a través de la negación del sufrimiento, como acontece en la reacción hipomaniaca y en los

estados de exaltación narcisista. Un núcleo masoquista inconsistente no garantiza la cobertura masoquista necesaria para que el preconsciente se logre en su trabajo elaborativo. Esto justifica la predisposición a la somatización en los pacientes con vida operatoria (Rosenberg, 1998), en los cuales la realidad perceptiva suele ocupar el lugar de los procesos intrapsíquicos, dejando el preconsciente colapsado y reducido a su mínima expresión.

Ante una amenaza a la unidad y organización yoica, y en un intento de intrincar la pulsión de muerte preservando el Yo, la retracción libidinal que se produce y que transforma libido objetal en libido narcisista da cuenta de un movimiento defensivo. Es decir, que las necesidades defensivas del Yo empobrecen la libido objetal. Se puede reconocer este mismo movimiento en la depresión esencial, lo que da cuenta del esfuerzo del Yo para evitar la desorganización. Ante el fracaso de una reintrincación, este movimiento crea las condiciones para que la desorganización progrese, abriendo la vía que puede llevar a la somatización. Es entonces cuando la despulsionalización busca reequilibrar el Yo y restablecer su núcleo masoquista. Si de este proceso sale reforzado el masoquismo, la intrincación pulsional da inicio a un proceso de reorganización que puede llevar a un retorno al objeto. El proceso de desorganización, tanto psíquico como somático, tiene asiento en un pilar central que es el Yo. Así, y como intento de superar la desintrincación pulsional, el Yo transforma la desorganización psíquica en desorganización somática. Al recibir el retorno de las disfunciones somáticas, intenta negarlas, impidiendo su acceso al circuito representacional. Se puede entonces reconocer la paradoja de este movimiento: *la somatización necesaria al Yo prolonga la desorganización a nivel somático* (Rosenberg, 1998, p. 1693).

#### **VI.5.4.3. Reacción terapéutica negativa y somatización**

La reacción terapéutica negativa, punto de partida de la introducción de la pulsión de muerte, resulta de una poderosa necesidad de punición, masoquista, que se relaciona con el sentimiento inconsciente de culpa. Se satisface con el padecimiento y se opone al éxito del tratamiento psicoanalítico. Estas expresiones *constituyen pruebas irrefutables de que en la vida psíquica existe una fuerza que, de acuerdo con la finalidad que persigue, llamamos pulsión de agresión o de destrucción, que se deriva de la pulsión de muerte inherente a la materia viva* (Freud, 1937, p. 259).

El Superyó está inseparablemente vinculado a la pulsión de muerte: el sentimiento de culpa y la búsqueda inconsciente de punición son manifestaciones que dan cuenta de la tensión entre Yo y Superyó. Representan la pulsión de muerte que está psíquicamente ligada por el Superyó y que así se vuelve reconocible (Freud, 1937 en Rudge, 2006). La reacción terapéutica negativa es un obstáculo para el desarrollo del psiquismo, una manifestación de la resistencia del Superyó (1926), de su tiranía agresiva, severa y sádica dirigida hacia un Yo masoquista: el sentimiento inconsciente de culpa se expresa en la enfermedad como resistencia a la cura, exteriorizándose como necesidad de punición. *El paciente somático suele presentar intensas resistencias a acercarse a su verdad, y la necesidad de estar enfermo o padecer, como consecuencia de una resistencia del Superyó* (Ulnik, 2000, p. 93) está más establecida que el deseo de recuperación: un factor moral encuentra satisfacción en la enfermedad (Freud, 1924). Así, sostiene y amenaza con perpetuar síntomas y conductas patológicas, puesto que la enfermedad hace las veces de culpa en acto y el paciente *no se siente culpable, sino enfermo* (Freud, 1923, p. 62).

Sin embargo, ¿podrá la reacción terapéutica negativa revelarse también en pro de la supervivencia psíquica? ¿Podrá la necesidad de padecer expresar de forma masoquista y de un modo poco adaptativo la necesidad de ser cuidado y ocultar una petición de ayuda?

*Si la crisis somática acontece en el ámbito de una relación con el otro* (Dejours, 1998, p. 41) entonces, cuando uno enferma, enferma para alguien. La reacción terapéutica negativa *garantiza que el paciente no mejore y permanezca bajo los cuidados del analista, aferrado a él, al mismo tiempo que repudia su ayuda* (Schmidt-Hellerau, 2010, p. 635). El riesgo de somatización se puede intensificar en el término de un proceso analítico, puesto que ese momento particular puede potenciar la emergencia de angustias aún no pensadas: la enfermedad se instala como defensa frente a las angustias que se despiertan por la separación inminente, repitiendo y reforzando la necesidad de conservar al analista como objeto (Schmidt-Hellerau, 2010).

La fuerza de la compulsión a la repetición que subyace a la reacción terapéutica negativa se defiende de la cura por todos los medios a su alcance (Freud, 1937). Lo *demoníaco* de esta fuerza es que no se limita a las manifestaciones masoquistas ni tampoco a la consciencia de culpabilidad. Se expande a un trabajo de lo negativo en el psiquismo (Green, 1993) que lo vacía de palabras, recuerdos y asociaciones, y que

puede llevar a una fuerte desinvestidura de la representación de sí mismo (Jarast, 2009) y a una somatización. Es decir, que el análisis es para el paciente como un recorrido donde el riesgo de encallar en sus fallos psíquicos y en las defensas implementadas contra ellos es amplio (Delourmel, 2009).

Se reconoce en la reacción terapéutica negativa una paradoja: concomitantemente a la autodestructividad inherente al ataque al pensamiento, que puede potenciar la emergencia de una somatización, expresa lo que no puede ser pensado y se dirige a otro en un intento, si bien poco adaptativo, de evitar la separación y sobrevivir psíquicamente.

### **VI.5.5 Trabajo de lo negativo: cuestiones de vida y muerte**

La pulsión de muerte es responsable del trabajo de lo negativo en la psique (Cupa, 2006). Este encuentra sus fundamentos en el concepto freudiano de negación y cubre un conjunto de operaciones psíquicas que ejercen una función de negativización sobre la percepción y la representación, lo que conlleva distorsiones que afectan al pensamiento.

El trabajo de lo negativo tiene como objeto privilegiado el componente representativo de la agencia representante de la pulsión y, por eso, deshace las conexiones afecto-representación. En consecuencia, la pulsión no tiene cómo representarse psíquicamente y el afecto queda libre, desprovisto de representación. El afecto opera como un agente representante pulsional cuando se considera junto a la parte representativa de la pulsión. Desconectado de esa parte representativa, queda solamente como una cantidad no representacional en sí misma, o sea, como un *quantum* de afecto sin representación.

Pero, paradójicamente, el trabajo de lo negativo es esencial en el funcionamiento psíquico, no solo por *contener la pulsionalidad, sino también por proteger contra la subversión que esta puede ejercer sobre el psiquismo entero* (Green, 2005, p. 251). De hecho, son las operaciones negativizantes que la pulsión de muerte pone en marcha a través de su función desobjetalizante las que posibilitan la borratura del objeto primario y su internalización en cuanto estructura psíquica. Para que el trabajo de lo negativo logre su propósito de estructurar el doble-límite y posibilite la simbolización, es

necesaria la emergencia del blanco (García; Damous, 2009): el pensamiento se crea en la ausencia y, para que se produzcan cadenas de pensamiento y el sujeto pueda existir, es necesario que la pulsión de muerte destruya. Esto es lo que permitirá delimitar un espacio psíquico propio capaz de comportar producciones subjetivas.

En el trabajo de lo negativo se pueden reconocer dos perspectivas (Ferro, 2002) que refuerzan la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica: la primera es la negativización de un exceso de actividad pulsional y sus posibilidades de represión, identificación o sublimación, que dan cuenta de la positividad de la pulsión de muerte. La segunda perspectiva es la de una negativización que lleva a la desorganización por fallos en la representación y cuyo resultado es la desvitalización y el esbatimiento yoico, característicos de los trastornos psicósomáticos. Esta perspectiva, desarrollada a continuación, privilegia un funcionamiento en el cual predominan los mecanismos determinantes en la limitación del trabajo de elaboración psíquica. Sin embargo, se plantea la hipótesis de que también puede cumplir una función al servicio de la supervivencia psíquica.

#### **VI.5.5.1. Las defensas de lo negativo**

El trabajo de lo negativo patológico da cuenta de un proceso radical de negativización. Incluye el narcisismo negativo y la alucinación negativa, determinantes del proceso de desubjetivación que les sigue. Se relaciona con fallos patológicos en el objeto primario —por su excesiva presencia o ausencia— que a menudo dificultan o comprometen su borradura. La constitución de los límites Yo-Otro, importante en la delimitación de la percepción de sí mismo, así como la constitución de los límites intrapsíquicos que posibilitan la simbolización, quedan seriamente comprometidos. En consecuencia, queda también comprometido el dominio interno de la violencia pulsional (Green, 1988).

Este trabajo de negativización incide en los procesos simbólicos, vaciándolos, a través de un *ayuntamiento de mecanismos defensivos que son elaboraciones del prototipo de la represión. Todos implican aceptación o rechazo* (Green, 1998, p. 660). Si se considera la hipótesis de la somatización como intento de supervivencia psíquica, hay que investigar de qué modo estos mecanismos defensivos tienen, más allá de la autodestructividad implícita, un efecto protector contra la locura. Así, ¿cómo pueden los



mecanismos defensivos responsables de este trabajo de lo negativo patológico que subyace a los trastornos psicosomáticos mantener un intento de supervivencia psíquica?

#### **VI.5.5.1.1. La negación (*Verneignun*)**

La pulsión de muerte, así como la mayoría de los conceptos psicoanalíticos fundamentales —como por ejemplo, el inconsciente—, implican negación. La represión es una condición necesaria para la negación, que en cuanto sustituto intelectual de la primera, tiene el “no” como su certificado de origen.

La negación es una defensa ante contenidos reprimidos que el sujeto no reconoce puesto que no puede aceptarlos y que, bajo el símbolo de la negación, se pueden volver conscientes: *la creación del símbolo de la negativa dotó el proceso de pensar de una primera medida de libertad de las consecuencias de la represión y, con ello, de la compulsión del principio del placer* (Freud, 1925, p. 269). En la medida en que permite la independencia de los efectos de la represión aunque sin eliminarla, *posibilita la aceptación intelectual pero sin la aceptación emocional, enriqueciendo así el pensamiento con contenidos que de otro modo serían inaccesibles* (Canestri, 2011, en Akthar, 2011, p. 41). Su origen se atribuye simultáneamente a la representación tanto como a la pérdida del objeto de satisfacción, elementos de los cuales depende el examen de la realidad y la recuperación del objeto.

Estableciendo un paralelismo con el modelo pulsional, Freud atribuye a la afirmación la inclusión en el Yo y una cualidad unificadora que pertenece a Eros, y a la negación el carácter de *nachfolge* (expulsión), responsabilidad de la pulsión de muerte. Es justo a través del pensamiento judicativo que la negación permite que el Yo introyecte lo que es bueno y rechace lo que es malo (Freud, 1925): esto está en los orígenes de la diferenciación Yo/No-Yo, lo que permitirá el reconocimiento del objeto. La problemática del Yo incide en el investimento en el otro, sin que por eso se desinvista en uno mismo (Green, 2010). La negación permite instaurar un espacio interno donde el Yo se puede diferenciar: para decir sí a uno mismo, es necesario decir no al objeto (Green, 1986). Así, es una condición esencial para la representación y formación de símbolos, o sea, para el proceso de abstracción que el pensamiento presupone. Convierte pasividad en actividad, creando una nueva vía para la descarga de la agresividad: su expresión ante situaciones displacenteras pasa a ser posible sin el

recurso a la acción —comportamiento— ni al cuerpo —enfermedad—. Los niños, por ejemplo, pueden decir no sin resistir físicamente. En este sentido, el “no” demuestra su valor en la estructuración y el desarrollo mental, lo que refuerza la importancia de la pulsión de muerte.

La negación asume un impacto doble y paradójico, puesto que es simultáneamente estructurante y desestructurante (Virside, 2001). Si por un lado es a partir de lo negativo, en la separación y en la ausencia, que se organiza el pensamiento, por el otro, la muerte es también negatividad (Fleming, 2003, p. 149). Se puede así reconocer dos tipos de negación: una negación benigna, que favorece el desarrollo psíquico y amplía los contenidos mentales, y una negación “maligna”, destructiva para la mente, que borra las representaciones y disminuye los contenidos, creando agujeros psíquicos (Akthar, 2011) que dan cuenta de la alucinación negativa. En este sentido, la negación en cuanto *indicadora de la desintrincación pulsional, efectuada a través de una retirada de los componentes libidinales* (Freud, 1925, p. 269), tiene una relación estrecha con los trastornos psicósomáticos.

#### **VI.5.5.1.2. La alucinación negativa**

La incompatibilidad entre una percepción y una representación puede conllevar un trabajo más destructivo que afecta a la investidura en el mundo objetual e implica la *no percepción de un objeto o de un fenómeno psíquico perceptible* (Green, 2010, p. 19). La incidencia de lo negativo en la representación es fundamental para la comprensión de los trastornos psicósomáticos: *el éxito del desinvertimiento desobjetualizante se manifiesta por la extinción de la actividad proyectiva que se traduce entonces sobre todo el sentimiento de muerte psíquica —alucinación negativa del yo— que precede a veces de cerca a la amenaza de pérdida de la realidad* (Green, 1986, p. 77). Esta falta de registro de lo existente implica una acción doble: desde el lado externo, una percepción perturbadora lleva a la negación y desmentida de esos objetos y, desde el lado interno, la representación en lugar de reprimida es escindida. Aunque la representación inconsciente de un deseo presione hacia la consciencia, ella misma es obstaculizada por el sistema preconsciente-consciente (Green, 2002). El lugar que ocupa la percepción negada permanece vacío, cumpliéndose así el objetivo de mantener ciertas áreas en estado de no existencia psíquica. Como si el sujeto estuviera en guerra consigo

mismo, el Yo consciente hace un trabajo de neutralización, bloqueando lo que pertenece a la mente. Las enfermedades psicosomáticas aparecen en lugar de los síntomas mentales que han sido borrados, mientras que en la represión los pensamientos se mantienen aunque apartados lo más lejos posible de la consciencia. La aparente normalidad de los pacientes, escondidos detrás del silencio aparente del funcionamiento operatorio, da cuenta de la alucinación negativa. Sin embargo, esta automutilación del pensamiento resultante de la pulsión de muerte puede tener una función defensiva, puesto que borra lo que pueda despertar sufrimiento. Eso implica una estrecha relación con otros mecanismos defensivos, en particular la escisión y la desmentida.

#### **VI.5.5.1.2.1. Escisión**

Freud (1923) plantea la escisión como una defensa hacia el reconocimiento de la realidad de una percepción negativa. Se trata de un mecanismo fundante del psiquismo porque es donde comienzan una serie de diferenciaciones que pasaremos a explicar: la posibilidad de escindir el universo en dos —bueno/malo, en función del placer-displacer— es el primer acto psíquico a través del cual se constituyen las fronteras más primitivas de la distinción dentro/fuera. Da cuenta de la positividad de la pulsión de muerte, puesto que promueve la separación y es responsable de la oposición Yo-Objeto, así como del reconocimiento de este último (Green, 2005 en Maladesky, 2005).

El núcleo de los trastornos psicosomáticos está en una escisión patológica: una escisión en la mente, mecanismo psicótico que trata de hacer frente *a temores primitivos de aniquilación o pérdida del ser, una respuesta defensiva a un mundo sentido como persecutorio* (Otero, 2000, p. 6), o una escisión en la personalidad cuyo resultado es la debilidad de la conexión soma-psyque (Winnicott, 1990). Es así responsable de la división que disocia una parte de la realidad psíquica, llevando a la indiferencia y a una exacerbación de la desinversión yoica: una acción silenciosa para el psiquismo que repercute en el *ansia por desaparecer y ser atraído hacia la muerte* (Green, 1975 en García; Damous, 2009, p. 113).

Del mismo modo que para poder reprimir defensivamente es necesaria la diferenciación, concebir una escisión defensiva solo es viable tras una determinada integración del desarrollo (Krueger, 2001). En cuanto recurso hacia la supervivencia psíquica, implica que para sobrevivir es necesario atenuar el impacto de la experiencia

traumática, apartando al sujeto de su vida afectiva. Se trata de una defensa extrema y paradójica de retirada: el sujeto aniquila parte de sí mismo aplastando su subjetividad, lo que resulta en el surgimiento de un área traumática escindida del psiquismo (Borges, Cardoso, 2011).

Este movimiento promueve la escisión psique-soma y culmina en la alienación del primero y en la resomatización del afecto (Montagna, 1988). Es decir, que la escisión psique-soma —que es el orden de la experiencia normal— puede adoptar un giro sumamente patológico (Green, 2010): el cuerpo se desvincula del psiquismo y esto abre las puertas a la somatización, puesto que los conflictos encuentran por esa vía una posibilidad de expresión. El paciente psicósomático pone entonces en comunicación soma y real, aplastando todo cuanto es del orden psíquico. La realidad está en el cuerpo: *cuando el ensordecimiento frente a los dolores psíquicos se hace constante (...) el cuerpo, abandonado y a la deriva, tiende a reaccionar por su propia cuenta, muchas veces siguiendo un sendero biológico poco adaptado a las circunstancias* (McDougall, 1991, p. 158).

#### **VI.5.5.1.2.2. Desmentida (*Verleugnung*)**

Freud (1930) acepta que la desmentida constituye un mecanismo defensivo normal en los adultos, activable ante la percepción de una realidad amenazante. Aunque pueda también reflejar una evidencia psicopatológica, no se trata de una anulación de la percepción como ocurre en el rechazo psicótico, sino de un intento de librarse de percepciones displacenteras provenientes del mundo exterior. La desmentida, *a diferencia de la negación que recae en los enunciados verbales, opera sobre significantes no verbales (...) y tiene consecuencias en relación con la percepción de la realidad* (Caparrós, 2008, p. 252). Frente a una realidad intolerable, la desmentida suele dirigirse hacia la supervivencia psíquica, indicando la existencia de elementos traumáticos que no han ingresado en un circuito representacional y que se mantienen como cuerpo extraño al psiquismo (Borges, Cardoso, 2011). Así, es el rechazo del reconocimiento de la realidad de una percepción traumática, tras la descualificación de la representación psíquica en cuestión. Un área sin representación que es apartada de la experiencia: el sujeto sabe que existe, aunque permanezca negándola.

Sobrevivir es responsabilidad del Yo (Freud, 1915), puesto que no hay representación de muerte en el inconsciente y *el Ello desconoce la solicitud de la garantía de supervivencia* (Freud, 1940[1938], p. 227). (...) *el Ello y el Superyó se plantan a menudo contra el Yo que, arduamente presionado, intenta fijarse a la realidad con la finalidad de conservar su estado normal* (ibíd., p. 187). Ante situaciones amenazantes y en un intento de preservarse, el psiquismo tiende a operar en un registro de funcionamiento actual. Sobreinveste y amplía los campos de la consciencia y de la atención, mientras que restringe el acceso al inconsciente en respuesta a la exigencia de trabajo que la realidad traumática impone. Es decir, que la estrategia de adaptación a la realidad traumática implica una suerte de ruptura que aparta al sujeto de su inconsciente, ya que el acceso a sus contenidos podría volverse fatal. La hiperinvestidura en la realidad se convierte en una necesidad vital.

La desmentida implica la escisión yoica y una nueva disposición psíquica que tiene una finalidad autoconservadora necesaria para la supervivencia: una *urgencia de la vida* (Freud, 1895) que da cuenta de la paradoja de los recursos que el psiquismo convoca para sobrevivir. Ante la posibilidad de un retorno doloroso de los elementos escindidos, de la emergencia de estados de desamparo (Freud, 1926) y de la eclosión de una angustia impensable (Winnicott, 1963), se produce una disociación entre afecto y pensamiento. Se trata de una última medida defensiva del Yo para protegerse de la amenaza de desintegración, una estrategia de supervivencia yoica ante una realidad traumática mortífera. Opera sobre la retirada de las investiduras de la realidad y su retorno al Yo como intento de restauración narcisista. Sin embargo, se trata de un autoinvestimiento paradójico, que se hace a expensas de la desubjetivación, de una amputación del ser, ya que su resultado es la reducción de las posibilidades de investidura narcisista: parte del psiquismo está comprometido en impedir el retorno de lo escindido, a través de un movimiento de alejamiento afectivo que protege del sufrimiento psíquico. *En el cuerpo siempre se estará expresando algo de aquello que no ha pasado al registro de la represión sino que ha sido desmentido. Cuanto mayor sea la cantidad de desmentida patológica, mayor será la tendencia a la somatización* (Marucco, 2008 en Maladesky, 2008, p. 255).

### VI.5.5.1.3. Repudio (*Verwerfung*)

El repudio, así como la negación, es una defensa frente a la toma de consciencia y se ubica en el extremo opuesto a la represión (Akhtar, 2011). Se trata de un mecanismo defensivo radical responsable de la génesis de las psicosis, en particular de la emergencia de los fenómenos alucinatorios y delirantes que las caracterizan. La tendencia a “eyectar” del psiquismo percepciones, fantasías y pensamientos asociados a afectos es semejante, en sus aspectos principales, a lo que Freud (1894a/1896) planteó como repudio de lo que está fuera del Yo. En los trastornos psicóticos, considerando las dificultades de elaboración psíquica y a fin de evitar la eclosión de movilizaciones emocionales que pueden escapar a su control, los pacientes recurren a menudo a estrategias defensivas arcaicas<sup>114</sup> (McDougall, 1991): *las ideas asociadas a todo afecto conflictivo importante no se reprimen, como en las neurosis, sino que se borran inmediatamente del campo del conocimiento* (ibíd, 1989, p.20). Así, puede ocurrir un repudio parcial, responsable del rechazo de sentimientos del plan de la consciencia y de la reacción del sujeto como si jamás hubiera tenido acceso a los contenidos repudiados (Freud, 1894).

McDougall (1989) considera que el rechazo por parte del Yo de pensamientos, fantasías y representaciones susceptibles de provocar sufrimiento coexiste con el repudio de los afectos que le corresponden. Así, más allá de los destinos que los presupuestos metapsicológicos clásicos sugieren, propone un cuarto destino para los afectos: el repudio.

Para fundamentarlo, se basa en el hecho de que para aquel que posee el don de la palabra, el repudio de la psique de una idea insoportable se realiza sobre la representación de palabra y que, por esa razón, *el infante, antes de la palabra, es necesariamente alexitímico* (McDougall 1989, p.36). No obstante, no se puede considerar que el bebé sea un ser alexitímico solo por ser incapaz de hablar o de organizar sus propias experiencias emocionales a causa de su inmadurez. Aunque dependa de otro para manejar sus estados emocionales y nombrarlos, un bebé es emocional y expresivo: llora, patalea, ríe, gesticula, juega, solo que no dispone de palabras para expresar sus emociones y manifestarse porque aún no habla, pero se

---

<sup>114</sup> Se trata de mecanismos de defensa más arcaicos desde el punto de vista de su complejidad que los que están implicados en los síntomas orgánicos de la histeria.

emociona. De otro modo, se trataría de un bebé enfermo. Además, si los afectos son rechazados junto con la representación y no se descomponen ¿cómo pueden producir sintomatología somática? Es decir, que parece que se trata de contradicciones que indican que, en definitiva, el repudio recae sobre la representación.

Tampoco se puede considerar que alexitimia sea lo mismo que funcionamiento operatorio, lo que McDougall parece hacer en el momento en que fundamenta el repudio de los afectos con alexitimia. Mientras que la alexitimia es una incapacidad para nombrar los estados emocionales, el funcionamiento operatorio puede ser un intento de defensa contra el repudio, puesto que impide alucinar el objeto perdido (M´Uzan, 1992, en Caparrós, 2008). De hecho, el pensamiento de los pacientes somatizadores permanece organizado e hiperadaptado, sin pérdida de contacto con la realidad externa, lo que refuerza la hipótesis de que el trastorno psicossomático constituya una defensa ante la locura.

## **VI.6. Conclusión**

Los efectos destructivos de la pulsión de muerte son esenciales y manifiestan su positividad —siempre que Eros esté también presente—, ya que impiden la tendencia fusional de Eros hacia la indiferenciación y permiten la creación de nuevas mezclas pulsionales responsables del desarrollo del psiquismo. Las pulsiones de vida y de muerte son al mismo tiempo antagonistas y cooperantes: de la relación equilibrada entre ellas depende la riqueza de la vida mental.

Una desintrincación pulsional duradera trae consigo la alteración de las funciones somáticas, abriendo paso a las enfermedades orgánicas (Caparrós, 2008) como consecuencia del ataque al lazo con los objetos y a los propios objetos o sus sustituciones, incluido el Yo. Tras un movimiento regresivo que no ha logrado su reintrincación, se produce una inversión de la trayectoria pulsional que puede alcanzar el soma y la autoconservación. Sin embargo, este movimiento, aunque autodestructivo, mantiene también un intento de supervivencia psíquica puesto que alivia el Yo y puede potenciar una nueva reintrincación.

Más allá de la autodestructividad inherente a la somatización, bajo la desinversión, desobjetalización y despulsionalización, responsabilidad de la pulsión de

muerte, la enfermedad orgánica suele conferir protección al Yo. El funcionamiento basculante que se observa en la relación particular que se establece entre sintomatología psíquica y sintomatología orgánica justifica el hecho de que la enfermedad orgánica puede emerger como un intento de promover la reintrincación pulsional. Sin embargo, hay somatizaciones más graves que dan cuenta de una escisión psique-soma que afecta a la continuidad y a la integración psique-soma: junto con la desubjetivación que las caracteriza, expresan paradójicamente una defensa frente a un sufrimiento psíquico intolerable para el Yo. La desubjetivación es el resultado de un trabajo de lo negativo, cuya finalidad es minimizar el impacto causado por las excitaciones. No obstante la importancia de este trabajo en la estructuración del psiquismo, los recursos defensivos involucrados se pueden radicalizar y volverse patológicos, culminando en la muerte psíquica. Es decir, que los mismos mecanismos que son responsables de la separación, diferenciación y amortiguamiento del impacto psíquico de los afectos, son también responsables del abatimiento yoico.

Comprender la función que la somatización ubica a la par que la historia del sujeto y su relación con la enfermedad es relevante para el trabajo clínico. De hecho, la somatización es una expresión de lo que no pudo ser elaborado psíquicamente, ya sea por un desbordamiento tras un exceso, ya sea por afectos que el Yo no soporta. Así, hay que reconocer el sentido implícito en las diferentes formas de somatización, conocer el contexto en que ocurren y mirarlas como una demanda de ayuda que puede eclosionar en un intento de reconstrucción psicósomática o, en el caso extremo, conducir a la muerte efectiva. Esta perspectiva remite a la importancia de la cualidad de la respuesta del objeto en la construcción del psiquismo y en la consistencia del Yo. El objeto, en cuanto mediador de la intrincación de las dos pulsiones que lo invisten, tiene un papel fundamental en la consolidación narcisista y en el núcleo masoquista primario, determinantes de los recursos que el sujeto presenta ante condiciones adversas. En este sentido, se puede reconocer un narcisismo de vida y de muerte, así como un masoquismo guardián de la vida y un masoquismo mortífero, que fundamentan la solución a que el sujeto recurre: psicótica o somática. Sin embargo, no son antitéticos y pueden incluso coexistir.

La locura no es preferible a la enfermedad somática, como tampoco es cierto lo contrario. Ambas vertientes comportan una dimensión autodestructiva, pero se expresan de formas distintas. Sin embargo, la escisión psique-soma que subyace a la enfermedad



orgánica, favoreciendo la exclusión somática, puede ser una defensa contra la locura: la mente se silencia como consecuencia de los fallos en los procesos de simbolización, temporales o permanentes, que apartan al sujeto de su inconsciente. El cuerpo, deslibidinizado, se desnuda de las vivencias del sujeto, asumiendo lo que el psiquismo no pudo procesar. Esa pérdida de sentido hace del cuerpo un objeto ajeno y desconocido, desvinculado del psiquismo, que parece reaccionar por su propia cuenta.

El trastorno psicosomático es una solución que da cuenta de la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica, puesto que puede servir para la preservación y reconstrucción del sujeto.

## Capítulo VII. Conclusiones

Son los pensamientos y las fantasías los que permiten integrar y tramitar las tensiones pulsionales. *Pensar contiene, transforma, da forma a las palabras* (Anzieu, 1995, p.13) y las palabras son los diques más eficaces para contener la energía ligada a las pulsiones (McDougall, 1989) y así resguardar el cuerpo.

Pero lo simbólico no puede ejercitarse sin que una fuerza alimente los procesos de transformación (Green, 1986, p.242). La pulsión representa el cuerpo y sus excitaciones y *sale a la luz como representación o como afecto* (Ulnik, López Sánchez, 2002, p. 161). La complejidad de la vida psíquica depende del equilibrio entre los mecanismos de ligazón y desligazón entre afecto y representación, que permiten establecer cadenas asociativas significativas que acogen la excitación y posibilitan su elaboración psíquica y la descarga adecuada. El campo de la representación se extiende en tres dimensiones fundamentales: el cuerpo, cuya *representación se despliega en un campo que va desde las vivencias corporales más fundamentales hasta la de su apariencia* (Green, 2005, en Maladesky, 2005, p. 148), la representación del mundo, que abarca la representación de cosa, y la representación del otro, donde se inscribe el lenguaje. Pensar es, en última instancia, tener *representaciones de uno mismo, representaciones del mundo y representaciones de sí mismo con y en el mundo* (Golse, 2002, p.166).

Cuando las excitaciones somáticas no encuentran representaciones que las acojan —ya sea porque la representación nunca llegó a construirse o porque fue arrasada—, no logran transformarse ni elaborarse psíquicamente: permanecen en el camino entre soma y psique, momento en que existe un riesgo considerable de que surjan respuestas más somáticas que psíquicas. Sin encadenamientos representacionales no se configuran los sentidos y el psiquismo queda expuesto a desinvestiduras y desobjetalizaciones que pueden culminar en la escisión psique-soma (D'Álvia, 2005), lo que propicia un *terreno favorable a las eclosiones somáticas patológicas en lugar de la labor psíquica deseable* (McDougall, 1991, p. 158). Es decir, que *cuando las manifestaciones somáticas sustituyen a las psíquicas, lo psíquico queda marginado, y el diálogo discurre a partir de entonces entre la realidad y el soma* (Caparrós, 2008, p. 237). El cuerpo reacciona por su propia cuenta y enferma en su inmediatez orgánica puesto que las excitaciones encuentran ahí una posibilidad de descarga: por eso, la somatización surge para evitar la destructividad (Casetto, 2006).

Si las vías que permiten la permeabilidad entre cuerpo y psiquismo están bloqueadas, los mensajes afectivos se retienen o se cortan del registro psíquico. El inconsciente no consigue comunicarse mediante el empleo de representaciones y esto implica una restricción fantasmática que amplía la vulnerabilidad somática. De hecho, las fantasías arcaicas permanecen enraizadas sin posibilidad de acceder al preconscious – consciente. Apartado de sus propias raíces pulsionales, el Yo se queda vacío: *el sufrimiento del cuerpo está relacionado no solo con la enfermedad y sus modificaciones somáticas, sino con la movilización del mundo arcaico del sujeto* (Benoit, P., 1988 en Ulnik, 2008, p. 199). Sin embargo, el psiquismo de los pacientes somáticos no está totalmente desconectado del inconsciente: la conexión es tenue y se mantienen contactos arcaicos, pero no subsidian el desarrollo de elaboraciones integradoras de la vida pulsional (Silva y Caldeira, 1993).

*La naturaleza humana no es una cuestión de cuerpo y mente, sino una cuestión de psique y cuerpo interrelacionados, que en su punto culminante presentan un ornamento: la mente* (Winnicott, 1990, p. 44). Resulta así imperativo distinguir psique y mente. La mente depende de la existencia y emerge de la elaboración imaginativa de las funciones corporales y de la acumulación de memorias: mientras que liga pasado, presente y futuro, da sentido al Yo. La psique está ligada al soma y cabe entonces al psiquismo hacerse cargo de las relaciones dentro del cuerpo, con el cuerpo y con el mundo externo: de hecho, un cuerpo vivo es, en sí mismo, psiquismo inconsciente (Chiozza, 2005, en Maladesky, 2005).

Así que, no obstante la importancia del preconscious —lugar de encuentro de la representación de cosa y de la representación de palabra que darán significado al afecto—, es la ausencia de comunicación con el inconsciente lo que marca la verdadera ruptura del paciente con su propia historia: *el inconsciente es por cierto el verdadero intermediario entre lo somático y lo psíquico, quizás sea el eslabón perdido tan buscado* (Assoun, 2000, p. 174, S. Freud carta a Groddeck, 5 de junio de 1917). En el sujeto separado de su inconsciente, su ello está coagulado en formas somáticas.

Con respecto al Psicoanálisis de los procesos de somatización —regresiones mentales y desorganizaciones contraevolutivas— se propone una lectura bajo el “Modelo de la escalada”: en la regresión mental, los puntos de fijación libidinal funcionan como arneses que detienen la desorganización y permiten recuperar fuerzas para retomar la “escalada psíquica” en el sentido de la complejidad. La intrincación

pulsional permite retomar este recorrido. La falta de puntos de apoyo compromete la posibilidad de intrincación entre pulsiones de vida y de muerte, y la desorganización progresiva que se instala puede llevar a enfermedades somáticas más graves. En las regresiones mentales que subyacen a las regresiones somáticas, el reconocimiento de la somatización como una defensa es más evidente. No obstante, aceptar la hipótesis de desorganización progresiva como origen del proceso de somatización, así como aceptar la reorganización que la psicoterapia permite, es estar en el centro de las aplicaciones del Psicoanálisis (Mijolla, 2002): los fallos en la simbolización que apartan al sujeto de su inconsciente expresan también una defensa.

Los trastornos somáticos son por tanto el resultado de procesos psicopatológicos centrados en la desorganización de la economía libidinal. La descompensación psicosomática da testimonio de fallos representativos y de fallos en los procesos simbólicos, temporales o permanentes, por *desbordamiento de las capacidades de ligazón y del trabajo elaborativo* (Dejours, 2005, en Maladesky, 2005). Ante dolores impensables, el cuerpo reacciona en lugar del pensamiento y, a expensas de la enfermedad, emite señales de desamparo, expresando somáticamente lo que el psiquismo no pudo procesar: la somatización revela ahí lo literal y lo neutro.

En este paso al cuerpo, el sujeto inconsciente se silencia, y su ausencia se expresa por un discurso de *palabras huérfanas de afectos* (Smadja, 2005, p. 62) que, sin establecer conexiones pulsionales, inviabilizan el éxito de la actividad metafórica y se limitan a reproducir la realidad externa. La restricción afectiva crea un *espacio estéril* evidente en las relaciones que desarrollan. Debido a la *acentuada fragilidad yoica y a un vehemente temor al rechazo y al abandono* (Peres, Santos, 2006, p. 243) se establecen vínculos afectivos poco significativos, superficiales y deslibidinizados con uno mismo y con los demás, vínculos que no permiten al otro un verdadero acceso a su realidad psíquica (Peres Santos, 2006).

En los pacientes con funcionamiento operatorio, la vida mental se restringe a una funcionalidad adaptativa, con predominio de pensamientos desprovistos de valor libidinal, vinculados a la materialidad de lo concreto. Carentes de memorias y proyectos y sin sentido en su encuentro con la vida, los pacientes no pueden pensarse ni pensar más allá de una operacionalidad cognitiva. Solo tienen proyectos de eficiencia con respecto al manejo de lo real: procesan pero no sienten, evocan aunque no recuerdan, no se conmocionan, no crean ni desean. Aferrados a una realidad concreta y no a conceptos

abstractos, la repetición surge como factor dominante de una vida en modo de piloto automático: como una máquina, ejecutan tareas, producen cosas y relatan acontecimientos (Coimbra de Matos, 2003). En un intento de salvar al sujeto de la muerte psíquica, el cuerpo funciona como continente, como receptáculo de los signos y señales infraverbales de tipo presimbólico emitidos por el psiquismo.

Mediado por la relación madre-bebé, el imaginario, en el cual radica la actividad mental, determina todo el funcionamiento psicosomático (Sami-Ali, 2002). En los trastornos psicosomáticos el sujeto funciona en confrontación con lo real, puesto que la función del imaginario es reprimida y se elimina la sintomatología psíquica que se alimenta de ella. Es decir, que en lugar de reprimir el material psíquico y deformarlo para poder soñarlo, el sujeto cierra los ojos a lo imaginario (Sami-Ali, 2002). Con la finalidad de suprimir un contenido, la represión del imaginario termina por suprimir una función: o sea, la desaparición de los sueños se destina, en realidad, a que solo uno de ellos desaparezca. El resultado de esto es una hiperadaptación banalizante, que encuentra en la *remoción del existir psíquico y en el no-ser un sentimiento de ser, dependiendo de otro para poder existir* (Sami-Ali, 2002, p. 68).

Como consecuencia de la restricción simbólica y de la precariedad fantasmática, los pacientes, a expensas de sí mismos, tienden a seguir el orden material y social en desmedro del orden subjetivo, sojuzgándose y sobreadaptándose a las necesidades externas en detrimento de las suyas propias, así como a las exigencias Superyóicas. Se trata de un pensamiento factual con relación a la consciencia, de un pensamiento motor con relación a la acción, de un pensamiento simbólico con relación al inconsciente, de un pensamiento actual con relación al tiempo y de un pensamiento conformista con relación al *socius* (Smadja, 1998, en Fabião, 2003).

Sin embargo, todos somos psicosomáticos, así como todas las enfermedades o todos los enfermos lo son. De hecho, las enfermedades somáticas suelen ocurrir en todo tipo de pacientes y estructuras psíquicas. Así, es distinto considerar la cuestión desde un punto de vista estrictamente deficitario del aparato o contemplar la posibilidad de que, ante la imposibilidad de drenaje de la tensión en el aparato psíquico, también los sujetos que simbolizan puedan somatizar. También hay que tener en cuenta que hay pacientes con funcionamiento operatorio que no enferman, aunque presenten una mayor vulnerabilidad.

Aunque puedan existir déficits estructurales preconscientes que amplíen la vulnerabilidad somática del sujeto, son insuficientes para justificar la eclosión de una enfermedad y para la comprensión psicoanalítica de los procesos de somatización, ya que marginalizan aspectos esenciales como el inconsciente pulsional, los afectos, la alexitimia focalizada y el sentido del síntoma. De hecho, restringir el problema a ese motivo, comprometería en gran medida la posibilidad de que los pacientes ingresaran en un tratamiento psicoanalítico. Si el aparato es deficitario ¿qué sentido tienen las regresiones mentales o las desorganizaciones progresivas que subyacen a las somatizaciones? ¿Cómo justificar las irregularidades del funcionamiento psíquico? Y ¿qué representaciones se pierden si ya hay un déficit instalado?

Los movimientos regresivos o desorganizadores que subyacen a las somatizaciones pueden resultar de un exceso de excitación. Sin embargo, también hay un exceso presente en otros funcionamientos psicopatológicos y los pacientes no enferman somáticamente o no tienen vida operatoria. La mente, en confrontación permanente con una determinada cantidad de trabajo de simbolización que tendrá que realizar, puede no conseguir hacerlo. En este sentido, pueden existir déficits funcionales o algunas fallas en el desarrollo del sujeto sin que por eso haya un déficit estructural: los déficits son siempre relativos y no absolutos, o focales y no generales (Ulnik, 2000), lo que justifica que sujetos con una considerable capacidad simbólica puedan enfermar. Sin embargo, ese exceso también puede estar presente en otros funcionamientos psicopatológicos y los pacientes no enferman somáticamente o no tienen vida operatoria. Es decir, que una somatización puede dar cuenta de un déficit, de una defensa, o de ambos.

Así, más allá de la dimensión cuantitativa, la patología somática lleva implícito el problema de la representación de los afectos, en particular, su destino y posibilidad de transformación (Smadja, 1998). Las representaciones saturadas de afectos pueden culminar en alteraciones somáticas (Ulnik, López Sánchez, 2008) como consecuencia de la desestructuración de los afectos (Chiozza, 1986) y su drástica supresión (Green, 1985).

Los desarrollos en psicósomática reflejan el progreso del Psicoanálisis, que *desplaza su centro de gravedad fuera del marco de las neurosis* (Green, 2005, p. 125). La psicósomática da cuenta de particularidades del funcionamiento psíquico muy distintas de las que el Psicoanálisis consideraba previamente (Green, 2005), lo que

constituye una base de reflexión que permite ampliar los límites de la práctica clínica. Las aportaciones de los autores contemporáneos inciden en la dimensión relacional de la enfermedad, lo que es esencial para la comprensión de esta forma particular de sufrimiento. Así, es menester considerar dos dimensiones muchas veces contrapuestas en la literatura: la traducción de la excitación somática en lenguaje psíquico es una vía intrapsíquica, intrasubjetiva, que se articula con otra, intersubjetiva (Green, 2005).

Una somatización expresa de un modo primitivo la determinación del sujeto de vivir, aunque solo se constituya como un mensaje cuando haya alguien que lo capte y no tanto por la intención del paciente: requiere una codificación, un lenguaje que permita traducir comunicaciones rudimentarias en representaciones psíquicas verbalizadas (Bleichmar, 2005): es decir, que se convoca al cuerpo para producir significaciones (Casetto, 2006) y la *materialización del dolor, la concretización del pensamiento, son factores que intervienen fuertemente en la realidad de una enfermedad y su posibilidad de modificación* (Ulnik, 2010, p. 31).

Aunque esa significación sea particular para cada uno, hay que considerar que no todas las somatizaciones son del mismo orden: es importante reconocerlo, entender el contexto en que ocurren y mirarlas como una demanda de ayuda, para poder proseguir en el trabajo de la búsqueda de su origen y de su significación. Por eso, la somatización, en cuanto *exceso de un sentido concreto que sirve a los fines de una defensa* (Ulnik, 2000, p. 12) hacia la destructividad y a una desorganización psicosomática más grave, impone la creación de un sentido para el síntoma, que solamente se podrá hallar en la relación transferencial. Considerar que no hay sentido en las somatizaciones excluiría la posibilidad de tratamiento analítico de estos pacientes. Aprender ese sentido fomenta el desarrollo de una relación no tan alienada del sujeto con su cuerpo, con su enfermedad y con su historia (Volich, 2007): rechazar la posibilidad de una significación en la somatización es alejarla del Psicoanálisis.

Ya sea por un desbordamiento tras un exceso, ya sea por afectos que el Yo no tolera, una somatización puede eclosionar como intento de reconstrucción psicosomática. Sin embargo, *la explosión en el cuerpo no se puede considerar una comunicación (neurótica) ni tampoco una restitución (psicótica), sino que tiene una función de acto, es decir, de descarga* (McDougall, 1989, p.134) y por eso las somatizaciones implican un nivel distinto de simbolización (Ulnik, 2000). Así, el sentido del síntoma no puede buscarse en el inconsciente reprimido ni descifrarse como

el síntoma neurótico o psicótico: considerando el modo de funcionamiento más arcaico, donde predominan contenidos prerrepresentacionales y preverbales, hay que buscar la significación inconsciente de la somatización en otro lugar (Ulnik, 2000).

El trabajo analítico exige una escucha particular como si los órganos fueran representaciones (Ulnik, 2000), pues el paciente se limita a percibir la inscripción de la enfermedad en un cuerpo ajeno a sí mismo. El síntoma no es *tonto*, sino que expresa la insuficiencia del lenguaje para capturar la vivencia tras una fractura de la simbolización (Maladesky, 2005).

La construcción o reconstrucción de la red simbólica a través de la inclusión del cuerpo biológico, del trabajo psíquico y de la elaboración de los síntomas, solo es posible en la construcción de una historia apoyada por la relación transferencial (Teixeira, 2006). En cuanto lugar de contención, abre la ventana para el paso de un discurso centrado en la enfermedad a un discurso alrededor de la historia del sujeto: actuar sobre las representaciones del cuerpo tomadas de la realidad es actuar sobre el cuerpo en la medida en que el cuerpo pulsional se hace presente y pensable.

Un síntoma que solo es tratado en el plano somático, o sea, un síntoma medicalizado, puede cesar temporalmente sin desarrollarse y sin que el paciente demande tratamiento analítico dónde podría encontrar su sentido<sup>115</sup>. También corre el riesgo de ser sobrevalorado en detrimento del sujeto. Sin embargo, cuando se cuestiona su intencionalidad y se escucha a la vez, es posible que el síntoma, bajo la transferencia, encuentre una oportunidad para ingresar en la categoría de formación del inconsciente (Dejours, 1988).

La lucha que implica la búsqueda de las palabras para contener y comunicar las vivencias primarias suele ser una experiencia inaugural en la vida del sujeto: (...) *uno de los aspectos más tranquilizadores que podemos ofrecer como apoyo a nuestros pacientes es el poder de los símbolos verbales para contener y organizar los pensamientos, los afectos y las sensaciones (...) los símbolos nos ayudan a crearnos como sujetos* (Ogden, 1994, en McDougall, 1995, p. 201). De hecho, significar los

---

<sup>115</sup> *Trabajo del síntoma* (Dejours, 1988). Un síntoma tiene carácter rudimentario (es evidente, por ejemplo, en el trastorno de pánico, que se queda por debajo de la fobia, pues no encuentra un objeto) y surge en el cuerpo como consecuencia de una simbolización que ha sido abortada.



afectos y proveer contención fomenta la creación de un espacio para la emergencia del sujeto y para la construcción mediante la palabra, lo que permitirá la elaboración de una dimensión depresiva estructurante.

El objetivo será producir cortocircuitos entre niveles, a través de palabras que engendren un trabajo de simbolización (Horn, 2008) y posibiliten la conexión entre órganos, cosas y palabras, para que se establezcan o restablezcan ligazones que permitan traer a la superficie psíquica sensaciones y afectos en busca de un sentido: es decir, se trata de posibilitar el acceso a la simbolización a través de construcciones que permitan tejer el escenario de las representaciones psíquicas y transformar los trazos sensoriales en tejido psíquico. Esto promueve la disolución de la escisión psique-soma y favorece la integración, haciendo la enfermedad somática pensable por medio de la relación trasferencial (Ulnik, 2010), mientras que contribuye a construir la alteridad en pro de la individuación y resuelve problemas identitarios. *El proceso analítico —al servicio de Eros— incita las potencialidades vitales del individuo, para alertarlo de los caminos por los que seductoramente puede llevarlo la pulsión de muerte* (Jarast, 2006). En este sentido, el *proceso psicoanalítico es entendido como antítesis del proceso psicósomático* (McDougall, 1989, p. 121) y trata de hacer de la relación terapéutica el lugar de encuentro del cuerpo con la psique, o sea, de encuentro del sujeto consigo mismo.

En el ámbito de este trabajo, se han considerado dos dimensiones: una dimensión estructurante con respecto a la vivencia de satisfacción con el objeto, que da lugar a los procesos de representación esenciales para la simbolización y permite la construcción del cuerpo erógeno marcado por la sexualidad y por el deseo. Otra dimensión desestructurante, que da lugar a fenómenos de desinvestidura, desobjetalización y cortocircuitos en el soma y que pertenece al dominio de la pulsión de muerte desintrincada.

La predisposición a la patología psicósomática se funda en su condición arcaica, y encuentra sus orígenes en aspectos registrados pero no pensados (Coimbra de Matos, 2003). A partir de la importancia de la cualidad del objeto en la integración psique-soma, se pueden establecer conexiones entre relación precoz y relación terapéutica, lo que constituye una línea de investigación de relieve para la clínica, en particular con respecto a la organización defensiva.

La consolidación de la unidad psicosomática exige que *la imagen del cuerpo y de las zonas erógenas, junto con la carga afectiva asociada a cada una, sea accesibles al orden simbólico* (McDougall, 1991, p. 157).

El cuerpo es el soporte fundante del psiquismo, punto de partida para el camino que lleva a la representación. Sin cuerpo no hay psique pero, ante la incapacidad de uno de representarse psíquicamente, el cuerpo tampoco existe para el Yo. Sin embargo, lo psíquico no surge de lo somático, aunque el sostén biológico para implantarse y sostenerse le sea imprescindible (Bleichmar, 2005, en Maladesky, 2005). La articulación representacional de lo *somático en lo psíquico no se produce en forma directa, sino por mediación de un sistema simbólico* (ibíd. p.70) lo que hace de la presencia del Otro una necesidad constitutiva esencial.

El pensamiento no se puede concebir sin la relación con el objeto. De hecho, ningún psiquismo puede instaurarse ni sentirse a sí mismo como tal sin darse primero a pensar en otro psiquismo (Golse, 2002).

El objeto es esencial por su función paraexcitatoria y por favorecer el establecimiento de la identificación primaria. Por otra parte, es investido por las dos clases de pulsiones, y de la cualidad de su respuesta dependen los fenómenos de intrincación y desintrincación pulsional: la intrincación se da en él y a través del objeto (Aisenstein, 2010). Aún así, si una de las funciones del objeto es la intrincación pulsional, su fracaso puede conllevar desintrincaciones que liberan las pulsiones de muerte, que de ese modo prosiguen su trabajo sin obstáculos. Considerando también que en la mente la representación es un objeto de investimento pulsional (Green, 1990), su pérdida también acarrea desintrincaciones, que inundan la mente de un exceso de excitación no ligada que encuentra en la vía somática una posibilidad de descarga.

Esto refuerza también su relieve en la consolidación narcisista y en el núcleo masoquista primario, determinantes en los recursos que el sujeto presenta ante condiciones adversas. También se puede establecer una conexión con la importancia de la relación analítica en los pacientes somáticos, puesto que tiene efectos en los arreglos narcisistas y masoquistas del sujeto.

En cuanto sistema más estructurado del psiquismo y actividad compleja del Yo, el pensamiento se estructura en contacto con la realidad. Sin embargo, es organizado y matizado por la perspectiva de la necesidad de aporte de excitación y riesgo de

desorganización, por lo que necesita de una cierta distancia para no ser invadido por ella misma. Ante carencias o excesos, el niño no consigue ser capaz de elaborar psíquicamente las señales que su propio cuerpo emana (Peres, Santos, 2006).

La función paraexcitatoria disponibilizada por la madre fomenta la adquisición de capacidades autorreguladoras con respecto a la gestión de la excitación, que permiten al niño protegerse de invasiones potencialmente traumáticas. Excitación y paraexcitación son esenciales para el desarrollo del aparato psíquico, y es en este equilibrio entre exceso e insuficiencia donde reside la delicadeza del papel materno. Un objeto fiable y consistente permite internalizar una paraexcitación adecuada, estructurar una organización defensiva eficaz e instalar la alteridad. En este sentido, favorece el acceso a la representación y a lo simbólico, subsidia el acceso a la palabra y potencia la mentalización: se mentaliza en y para la relación.

Al principio, el desarrollo del pensamiento ocurre imperativamente bajo el escenario de la presencia materna. En el curso de las relaciones objetales, el niño deberá introyectar la función continente del objeto primario y ser capaz de evocar simbólicamente a la madre ausente, lo que *implica el paso del estatuto de objeto continente al estatuto de objeto contenido* (Golse, 2002, p. 113). Esto permite asumir gradualmente las funciones que originalmente suplen los demás. De hecho, *lo importante es aquello que acontece en ausencia del objeto, por ende, sin posibilidad de reflexión externa y mucho menos de interacción, y procedente de lo intrapsíquico* (Green, 2005, p. 279).

*La propuesta de la pulsión de muerte fue indudablemente un retorno a la temática psicopatológica presente en 1894 con respecto a las neurosis actuales* (Ferraz, 2010, p. 184), ahora repensadas más allá del principio del placer. Así, el interés por las *enfermedades somáticas, que prácticamente había desaparecido de la teoría psicoanalítica* (Dejours, 1988, p. 33), se retomó de acuerdo con su relación con la economía de las pulsiones de destrucción (Smadja, 2009). De hecho, Freud (1917; 1920; 1922; 1923; 1926; 1937; 1940[1938]) reconoce y subraya en distintos pasajes la pertinencia de su investigación y la posibilidad futura de tratamiento psicoanalítico de las afecciones orgánicas (Freud, 1923), aunque en ese momento considere que por *razones pedagógicas*, los analistas tendrían que limitarse a las vías psicológicas del pensar (Freud, 1922).

Haciendo hincapié en la relación entre pulsión de muerte y psicopatología, Freud plantea que *las mezclas pueden también disgregarse y de tales desuniones podemos esperar las consecuencias más graves para la función* (Freud, 1937, p. 107). Una desintrincación pulsional duradera conlleva alteraciones del funcionamiento psíquico que pueden dañar las funciones somáticas, abriendo el paso a las enfermedades orgánicas (Caparrós, 2008). Desde el punto de vista energético, la somatización es el resultado de una forma de dominio de la pulsión de muerte, cuyo destino es volcarse hacia el propio sujeto. La *descompensación somática es consustancial a la violencia de la pulsión de muerte, una manifestación de compulsividad-destructividad* (Dejours, 2005, en Maladesky, 2005, p. 110).

Mientras que la libido incrementa la complejidad agregando representaciones, la pulsión de muerte tiende a un retorno a lo prerrepresentacional anterior a la instauración del principio del placer. Responsable de la autodestructividad psíquica, la pulsión de muerte arrastra hacia movimientos de desinversión y desobjetalización que atacan las posibilidades de investidura. En cuanto *dispositivo antirrepresentacional*, la pulsión de muerte opera *sobre aquello que la libido unió* (Lutenberg, 2000, p. 128). Rompe cadenas asociativas e *implica que lo que fue pensado pueda ser despensado* (Lutenberg, 2000, p. 128). Como consecuencia del ataque a los lazos con los objetos y a los propios objetos o sus sustituciones —incluido el Yo— impide que la pulsión cumpla su recorrido y logre alcanzar la representación psíquica. De hecho, puede invertir su trayectoria hasta instaurar el desapuntamiento de la pulsión sobre la función, momento en que la excitación tiende a descargarse a partir del inconsciente primario o no representado.

*El cuerpo no se reduce a lo somático, sino que toma diversos modos de inscripción en la vida psíquica: cuerpo erógeno —el de la pulsión—, cuerpo representacional —el del Yo— y, en fin, cuerpo somático: autoconservador, regido por una legalidad que no es la de los procesamiento psíquicos y que conserva formas tangenciales de incidencia en estos* (Bleichmar, 2005, en Maladesky, 2005, p. 60). Considerar la hipótesis del apoyo de la sexualidad en el universo autoconservador (Laplanche 1985) aporta contribuciones de relieve para la comprensión de las manifestaciones psicosomáticas, que pueden justamente resultar de fallos en la erotización del cuerpo. El proceso de somatización recae sobre una determinada función que permanece fuera de la acción del apoyo, o sea, que ha escapado a la subversión

libidinal que posibilitaría su representación. Sin embargo, el proceso de subversión estará siempre inacabado y solo una parte del cuerpo biológico será inscrito como sexual, inscripción que depende del investimento libidinal. Así, es posible que bajo determinadas condiciones se produzca un movimiento regresivo en la línea del apoyo, un movimiento que permita que la función somática se imponga sobre el dominio psíquico (Ferraz, 2010).

Autodestructividad/supervivencia psíquica define una paradoja que nos parece necesaria para la comprensión de las implicaciones de la pulsión de muerte en los trastornos somáticos. Es decir, que no obstante la autodestructividad que incide en el funcionamiento psíquico y que puede alcanzar el soma, la eclosión de una enfermedad orgánica puede servir simultáneamente como una defensa contra la destructividad, promover la preservación y reconstrucción del sujeto y actuar a favor de la supervivencia psíquica.

En este sentido, la somatización traduce *un intento de mantener el equilibrio psíquico en vez de crearse síntomas neuróticos o psicóticos* (McDougall, 1989, p.135). Así, de un modo también paradójico, al mismo tiempo que el cuerpo se presta como sustrato de la vida psíquica permitiendo a la actividad representativa apropiarse de sus modos de funcionamiento, también puede ser objeto privilegiado de deseos y modos de funcionamiento que aspiran a su destrucción. Bajo determinadas situaciones, ya sea un incremento abrupto de excitación o la presencia de afectos intolerables, se establece una economía psíquica que favorece la somatización, mediante un corte radical entre soma y psiquis, cuya finalidad es resguardar el sujeto de una conmoción afectiva insoportable: es así que el cuerpo enferma para que el sujeto no se vuelva loco.

Enfermar en el cuerpo no es mejor que volverse loco, como tampoco es verdad lo contrario. Si la locura es o no preferible a la enfermedad somática tiene que ver con cuestiones económicas, puesto que la locura resulta en un flujo más eficaz de las excitaciones traumáticas (Szwec, 2005). Aunque no sean antitéticos y puedan incluso coexistir, ambos procesos comportan una dimensión autodestructiva, pero se expresan de formas distintas.

La constatación de que cuando una enfermedad somática se instala los síntomas psíquicos suelen desaparecer, o de que un paciente con una enfermedad orgánica presenta a menudo su cuerpo y su enfermedad como algo ajeno a sí mismo, remite a la posibilidad de que la somatización, aunque a expensas de la alienación yoica y del

sufrimiento en el cuerpo, pueda proteger el Yo de la descompensación psíquica. La supresión afectiva impide que el sujeto se conmocione y hace que se silencie en vez de enloquecer.

El funcionamiento basculante, evidente en la relación de alternancia entre sintomatología psíquica y somática, da cuenta de que, de hecho, una enfermedad orgánica provoca alteraciones en la economía libidinal que pueden llevar a la reintrincación pulsional y así ligar la libido. En este sentido, la somatización es una solución defensiva para el Yo (Guillaumin, 1998), posibilidad que la distingue de la locura: el *objetivo fundamental de esa defensa anacrónica —la somatización— sigue siendo la supervivencia* (McDougall, 1991, p.166). Sin embargo, si no logra esa misión, es posible que el desenlace final no se pueda evitar.

Las evidencias en torno a la incompatibilidad entre una lesión o enfermedad orgánica y una neurosis también dan cuenta de sus efectos en la distribución libidinal, puesto que se libera un *quantum* de excitación que lleva a una regresión y a una sobreinvertidura narcisista del órgano atacado, lo que puede permitir a continuación vincular la excitación excesiva. Las manifestaciones propias de la organización neurótica —en particular la culpabilidad— desaparecen en el transcurso de una afección orgánica, pues la transformación económica que se produce resulta en modificaciones en la organización masoquista del sujeto y altera la cualidad de su satisfacción, ahora asegurada por la somatización: si en el sufrimiento neurótico encuentra asiento en un afecto de culpabilidad, en el sufrimiento somático se asienta no en un afecto, sino en una constelación orgánica (Smadja, 2011). El patomasoquismo expresado por el investimento masoquista en la enfermedad y por la satisfacción originada en el placer que la destrucción del cuerpo proporciona, protege al sujeto del sufrimiento inherente al masoquismo moral. En esa perspectiva emerge la oposición entre un masoquismo guardián de la vida (Rosenberg, 1995), que *capta los peligros que amenazan el funcionamiento psíquico* (Chabert, 2008, p.70) y un masoquismo destructivo y mortífero, que no tiene capacidad para ligar el sufrimiento y da lugar a la desinversión.

En el extremo opuesto al masoquismo está la supresión, mecanismo dependiente de la pulsión de muerte que busca neutralizar los afectos intolerables (Deburge, 2001) y que predomina en los trastornos psicosomáticos. Las manifestaciones masoquistas son poco frecuentes en el curso de una somatización, puesto que esta impide el desarrollo de sintomatología psíquica o hace que esta disminuya: a la vez de sentirse culpable, el

sujeto enferma. Esto sale reforzado por la ausencia de culpa en la depresión esencial y es un ejemplo de la compensación psíquica que la enfermedad orgánica suele proporcionar: parte del sufrimiento se desplaza del registro psíquico hacia lo somático (Freud, 1924).

Mientras que en las psicosis la libido está estancada en el Yo y resulta en una exaltación narcisista que lleva a la pérdida de contacto con la realidad, en la somatización la desinvestidura y la desobjetalización llevan a la ruptura del reservorio narcisista y el Yo, bajo los efectos del narcisismo negativo, sufre un proceso de desubjetivación y se vacía: si no hay sujeto, no hay sufrimiento emocional. Este narcisismo mortífero se opone a un narcisismo integrador de vida, que aspira a la unidad del Yo y ejerce una función objetalizante. La fragilidad narcisista impide la confrontación con el sufrimiento psíquico —entendido como un fracaso intolerable—, y no permite el recurso a la regresión ni a la pasividad psíquica que ella misma implica. Esto justifica por qué los pacientes con enfermedades orgánicas graves tienden a rechazar reflexionar sobre su vulnerabilidad somática, en función del temor de la movilización afectiva que posiblemente se desencadenaría si ese proceso indicase que la enfermedad se relaciona con variables de orden psíquico (Peres, Santos, 2006).

La mente tiene la capacidad de accionar mecanismos o de hacer que algunas funciones fracasen, excluyendo el conflicto y su dolor inherente, así como excluir la diferencia y la contradicción que pueden llevar al sufrimiento psíquico. Promueve la ruptura, el colapso de la memoria explícita y la atenuación del referencial simbólico que posibilitaría el reconocimiento de estados afectivos. Por esa vía, los pacientes psicósomáticos denuncian fallos en los procesos simbólicos, que llevan a la desarticulación de la unidad psicósomática (Fleming, 2003).

Si la desubjetivación resulta de un trabajo de lo negativo, cuya finalidad es minimizar el impacto causado por las excitaciones, hay que reconocer también el papel de la negatividad a favor de un proceso de subjetivación y de la estructuración del psiquismo. Sin embargo, los recursos defensivos involucrados pueden radicalizarse y volverse patológicos. Es decir, que los mismos mecanismos negativizadores que son responsables de la separación, la diferenciación y el amortecimiento del impacto psíquico de los afectos, son también responsables de la desorganización psíquica que subyace a la eclosión de una enfermedad.

Estos mecanismos que operan en el origen de los trastornos somáticos —en particular la negación y la escisión— están más cerca de los que predominan en las manifestaciones psicóticas. Sin embargo, no se trata de una escisión yoica fragmentada, sino de una deformación yoica que le permite al Yo no fragmentarse. Así, estos mecanismos pueden considerarse también como antipsicóticos puesto que no hay restitución y los sujetos expresan sus dificultades de existencia por hiperadaptación (Volich, 2000), lo que frena la posibilidad de pérdida de contacto con la realidad que caracteriza la psicosis. De hecho, la alucinación negativa que se presenta a menudo en los trastornos somáticos da cuenta de la falta de registro de lo existente, motivo por el cual las percepciones oriundas del cuerpo no son admitidas por el Yo consciente. Si en la psicosis los pacientes *se alejan de la realidad externa, pero por eso saben más de la realidad interna, psíquica, y pueden revelarnos muchas cosas que de otro modo nos serían inaccesibles* (Freud, 1933 [1932], p.65), en los trastornos somáticos, a expensas de la atenuación yoica, el sujeto se mantiene aferrado a la realidad y ese factor, que actúa como un ancla, evita que se deslice hacia la psicosis. Es decir, que paradójicamente, los mismos mecanismos defensivos que constituyen un sistema defensivo para el Yo, constituyen de forma simultánea una amenaza para el soma.

Así, desde el punto de vista metapsicológico, la sobreinvertidura en lo perceptivo constituye una defensa y la percepción se utiliza como representación. Pese al intento de supervivencia psíquica implícito en este movimiento, la dependencia que el sujeto desarrolla con relación al exterior implica riesgos importantes: una realidad poco gratificante o potencialmente desestructurante —como una pérdida significativa— podrá potenciar el desarrollo de una somatización.

La vida psíquica comienza con una experiencia de fusión que lleva a la fantasía de que solo existe un cuerpo y una psique para dos, experiencia que posibilita sobrevivir a momentos de sufrimiento físico y psíquico (McDougall, 1989). Es la separación lo que permite reconocer el objeto y lo que permite su introyección. Sin embargo, si esa fantasía persiste, la incapacidad de distinguirse a sí mismo de los demás potencia la eclosión de angustias psicóticas asociadas al temor de la pérdida de la integridad corporal. La eclosión de estas angustias estimula el cuerpo a pronunciarse, puesto que el recurso a los pocos recursos defensivos de que el sujeto dispone crea condiciones favorables para desarrollo de somatizaciones (Ferraz, 1997). La problemática narcisista implica la necesidad del otro como un doble de sí mismo, y la alienación del sujeto se



traduce en un bloqueo de los investimentos libidinales y agresivos y limita la actividad mental. Incapaz de discriminar y de distinguir sus cualidades, el sujeto *se reconoce íntegramente en el otro* (Caparros, 2008, p. 360), quedándose empobrecido en cuanto objeto de investimento. La frecuente instalación de una enfermedad en el curso de un duelo patológico es un ejemplo: la pérdida del objeto es, para el sujeto, una especie de amputación yoica, la pérdida de una parte de sí mismo con la cual se identifica.

Los afectos constituyen un puente psicosomático por excelencia, puesto que son al mismo tiempo psíquicos y somáticos. Solo operan como representantes de la pulsión cuando se consideran junto a la parte representativa de la pulsión, que permite que se vuelvan conscientes. Sin embargo, parte del afecto permanece como un *resto pulsional que en sentido estricto la representación no puede reducir* (Green, 2005, p. 281). Esta parte cuantitativa y no representacional en sí misma puede incrementarse y desbordar la cadena inconsciente, momento en que desorganiza y destruye las estructuras productoras de sentido (Green, 1990, en Ulnik, 2010).

Mientras que en la neurosis y en la psicosis la coherencia del afecto se conserva, *la enfermedad somática es la consecuencia de la desestructuración del afecto, que pierde su coherencia y se descompone en sus diferentes claves de inervación* (Chiozza, 1998, cit. en Ulnik; López Sánchez, 2002, p. 142), y produce daños corporales. El sujeto solo percibe la afección somática en detrimento de su cualidad psíquica (Chiozza, 2008)<sup>116</sup>, pues los componentes secretores y vasomotores aparecen en la consciencia desligados de sus representaciones y funcionan desordenadamente, como si solo se pusiera de manifiesto el polo somático del afecto.

El Psicoanálisis se asienta en la observación de la vida mental y por ese motivo su estructura teórica está incompleta y sujeta a constantes alteraciones (Freud, 1926 [1925]). Puede entonces reconocerse como un campo de investigación ilimitado. Considerando que *el porvenir del Psicoanálisis se juega en la relación con los destinos de la pulsión de muerte* (Urribarri, 2014 en Green, 2010, p.12) la somatización, en cuanto uno de sus productos con expresión clínica frecuente, es un tema de considerable relieve: de hecho, todo lo que está más allá de la representación circunscribe un campo de investigación pertinente (Franco, 1998, en Rocha et al, 1998).

---

<sup>116</sup> Por ejemplo, en vez de sentirse triste y llorar, el sujeto podría tener una conjuntivitis (Ulnik, 2010).

No se puede establecer una relación de causalidad entre Eros y supervivencia psíquica, ni tampoco entre pulsión de muerte y autodestructividad o enfermedad somática. Lo que hay es muerte del psiquismo por desintegración, como efecto de la pulsión de muerte, pero también puede producirse la *muerte del psiquismo por la rigidez y síntesis excesiva, por la pulsión de vida, porque el extremo de la ligazón es también el extremo de la inmovilización* (Laplanche, 1987, p. 149). Es decir, que la tendencia fusional de Eros puede resultar en indiferenciación y estagnación, lo que constituye un obstáculo para la variabilidad psíquica. En este sentido, la potencialidad destructiva de las pulsiones de muerte juega un papel fundamental en el desarrollo del psiquismo, puesto que la intrincación equilibrada atenúa los efectos de Eros y permite la creación de nuevas mezclas pulsionales. Pulsiones de vida y de muerte son al mismo tiempo antagonistas y cooperantes: si no hay vida sin muerte, ni muerte sin vida, hay que considerar la hipótesis de que para sobrevivir psíquicamente es necesaria una dosis de autodestructividad. Este aspecto inherente a los riesgos de Eros se ha debatido poco en la literatura psicoanalítica, que insiste en la perspectiva de la intrincación para atenuar los efectos potencialmente nefastos de la pulsión de muerte.

La pulsión de vida contiene libido objetal y autoconservadora o del Yo y, en un esfuerzo defensivo, es posible que las transferencias energéticas oscilen de un polo a otro (Rosenberg, 1998). Más allá de los procesos de intrincación pulsional entre pulsión de vida y pulsión de muerte, investigar la relación entre libido y autoconservación tiene particular importancia, puesto que señala el papel definitivo de la pulsión de muerte en la instalación de patologías relacionadas con el cuerpo real (Ferraz, 2010). Investigar el lugar del cuerpo en la neurosis y en la psicosis también puede aportar conocimientos importantes para la comprensión de la relación entre locura y enfermedad.

El destino de los afectos es un tema de investigación importante: ya sea por un exceso o por su cualidad, un afecto puede poner en jaque la simbolización y llevar a desarreglos de la autoconservación. Además, una somatización también puede eclosionar como defensa contra una vitalidad interna intensa. Es decir, que los afectos con tonalidad placentera también pueden estar en el origen de una somatización, aspecto aún poco desarrollado y de considerable relevancia clínica.

Pensar la psicósomática es pensar el sujeto psicoanalítico y, en este sentido, consideramos a Freud su fundador. A partir de la investigación de la hipótesis de que el cuerpo enferma para que el sujeto no se vuelva loco, llegamos a la conclusión de que la

somatización, a la vez que denuncia la autodestructividad psíquica resultante de la pulsión de muerte, puede ser una defensa que opera a favor de la supervivencia psíquica. Así, si por un lado el cuerpo enferma porque el sujeto no puede pensar, por el otro, para sobrevivir, necesita enfermar. De otro modo, enloquecería.

## Resumen

Implicaciones de la pulsión de muerte en Psicósomática: la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica

Las patologías somáticas son significativas en la clínica contemporánea, pues evidencian cómo el cuerpo, a través de alteraciones funcionales y lesionales, puede asumirse como lugar privilegiado de expresión del sufrimiento psíquicamente irrepresentable. Constituyen por eso un campo provechoso para la investigación.

El psicoanálisis de los procesos de somatización da cuenta de las alteraciones del funcionamiento psíquico, en particular de la distribución libidinal por parte del Yo, que favorecen el desarrollo de una enfermedad. En este sentido, las relaciones entre enfermedad orgánica y economía pulsional, así como su posibilidad de transformación tienen relieve, subrayándose la importancia de las implicaciones de la pulsión de muerte.

Constatar que los movimientos libidinales que ocurren en el transcurso de una enfermedad somática son responsables de la obliteración del estado neurótico o psicótico y por ello de la desaparición de síntomas psíquicos, o que un paciente con una enfermedad orgánica presenta su cuerpo y su enfermedad como algo sin historia y ajeno a sí mismo, remite a la hipótesis de que la somatización, aunque a expensas del sufrimiento en el cuerpo, puede proteger el Yo que, a la vez de sufrir, fragmentarse y enloquecer, se anula y se silencia.

Investigar la hipótesis de la somatización como defensa a favor de la supervivencia psíquica requiere profundizar en la relación entre enfermedad orgánica y locura y aclarar desde el punto de vista metapsicológico las condiciones que determinan el recurso del sujeto a una u otra solución. Que el cuerpo se ponga enfermo no es mejor que volverse loco, como tampoco se puede afirmar lo contrario. Si la locura es o no preferible a la enfermedad somática tiene que ver con una cuestión económica, puesto que la locura resulta en un flujo más eficaz de las excitaciones traumáticas (Szwec, 2005).

Los desarrollos psicoanalíticos se deben no solo a la expansión de la experiencia clínica, sino también a la investigación y articulación de los conceptos que le subyacen y que, bajo una reflexión crítica, permiten plantear nuevas hipótesis que incitan a la búsqueda de nuevas significaciones. En este sentido, la investigación conceptual es una

herramienta metodológica importante, pues la práctica psicoanalítica con pacientes somáticos apartada de los conceptos psicoanalíticos que la sostienen es ciega, así como los conceptos psicoanalíticos sin la práctica se quedan vacíos (Dreher, 2000).

Tomando como punto de partida la idea de que los procesos somáticos constituyen la verdadera esencia de lo psíquico y de que los fenómenos psíquicos y somáticos se influyen mutuamente (Freud, 1940 [1938]), la investigación de la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica se asienta en dos perspectivas complementarias. La primera tiene que ver con el impacto de la pulsión de muerte en el funcionamiento psíquico, no solo de acuerdo con su dimensión destructiva y con los aspectos mortificantes, sino también con sus posibilidades creadoras y como garante de la unidad psicosomática. Reconocer la paradoja inherente a las implicaciones de la pulsión de muerte, equivale a decir que su trabajo de desligamiento, aunque destructivo, se presenta como esencial para el psiquismo y su complejidad cuando se mezcla con las pulsiones de vida. La segunda perspectiva parte de la patología psicosomática en cuanto producto de ese impacto y como intento de supervivencia psíquica.

Asumiendo como base la relación entre somatización y locura, el objetivo es aclarar de qué modo el trastorno psicosomático da cuenta de la paradoja autodestructividad/supervivencia psíquica, con enfoque en el papel defensivo que puede asumir. Así, la pulsión de muerte y la somatización, en cuanto su producto, *constituirían paradójicamente el único recurso para el mantenimiento de la vida: morir para sobrevivir* (Chabert, 2008, p. 68).

Después de un primer capítulo introductorio, en el segundo capítulo se parte de los fundamentos psicoanalíticos y de la distinción conceptual de los trastornos psicosomáticos en Freud, así como de las contribuciones de los principales autores que llevaron a la emergencia de las distintas escuelas de psicosomática, hasta llegar a la delimitación del campo de la psicosomática psicoanalítica.

En el tercer capítulo se rescatan los planteamientos freudianos con respecto a la emergencia y desarrollo de la pulsión de muerte, con enfoque en sus implicaciones clínicas y metapsicológicas en el funcionamiento psíquico que subyace a las afecciones orgánicas, y también con respecto a su positividad e importancia para el psiquismo.

En el cuarto capítulo se aclara el estatuto de cuerpo en Psicoanálisis y su relieve en cuanto punto de partida para el acceso al universo de las representaciones y soporte

fundante del psiquismo. La edificación del cuerpo erótico, libidinal y subjetivo, así como la instauración del pensamiento, no se pueden concebir sin la relación con el objeto, donde se destaca la importancia de la cualidad de su respuesta. Completado el trayecto somato-psíquico, el quinto capítulo está dedicado a los procesos psicopatológicos que se centran en la desorganización de la economía libidinal y que favorecen el desarrollo de una somatización. Se reflexiona sobre el sentido del síntoma, la propuesta de una estructura psicosomática y el papel del preconscious, cuestiones que se consideran esenciales en la comprensión de estos procesos.

En el capítulo sexto, partiendo de la investigación de los fundamentos metapsicológicos que sostienen el recurso del sujeto a la solución psicótica o somática, se discuten las implicaciones de la pulsión de muerte en los trastornos somáticos, teniendo en cuenta la paradoja psicosomática autodestructividad/supervivencia psíquica.

El último capítulo está dedicado a las conclusiones, donde se presentan las principales ideas a que ha llevado el curso de la investigación, además de trazarse posibles líneas de investigación futuras.

Son los pensamientos y las fantasías los que permiten integrar y tramitar las tensiones pulsionales. La complejidad de la vida psíquica depende del equilibrio entre los mecanismos de ligazón y desligazón entre afecto y representación, cuya conexión permite establecer cadenas asociativas que acogen la excitación y posibilitan su elaboración psíquica y la descarga adecuada. Aunque la pulsión de muerte sea responsable de la variabilidad de la vida psíquica, es también una fuerza de desinvertimiento y desobjetalización que impide el establecimiento de cadenas asociativas o promueve su ruptura. Los destinos asumidos por los afectos y representaciones propician un terreno favorable a las eclosiones somáticas, en lugar de la labor psíquica deseable. Ya sea por un exceso o por su cualidad, un afecto puede poner en jaque la simbolización y llevar a desarreglos en la autoconservación.

En un proceso psicosomático, la progresiva desorganización a nivel psíquico desemboca en una regresión al plano biológico, es decir, invierte el proceso evolutivo que tendería a la complejidad (Caparrós, 2008). Paradójicamente, al mismo tiempo que el cuerpo se presta como sustrato de la vida psíquica permitiendo a la actividad representativa apropiarse de sus modos de funcionamiento, también puede ser objeto privilegiado de deseos y modos de funcionamiento que apuntan a su destrucción. Es decir, que no es el cuerpo *in stricto sensu* el que enferma, sino el sujeto en su condición

de viviente, como consecuencia del extravío de lo simbólico que permitiría el reconocimiento de los estados afectivos. El abatimiento de la subjetividad y de la vida relacional que le sigue lleva al colapso y a la desarticulación de la unidad psicosomática.

Bajo determinadas condiciones, ya sea un incremento abrupto de excitación o la presencia de afectos intolerables, la mente tiene la capacidad de accionar mecanismos defensivos negativizadores que hacen fracasar la tramitación simbólica. Se establece entonces una economía psíquica que favorece la somatización, mediante un corte radical entre soma y psiquis, cuya finalidad es proteger al sujeto de una conmoción afectiva insoportable. La mente excluye así el conflicto y el sufrimiento psíquico inherente. La ruptura de la unidad psicosomática imposibilita la representación de los afectos, que son el puente psicosomático por excelencia, lo que conlleva su descomposición. Mientras que en la neurosis y psicosis la coherencia del afecto se conserva, en la somatización solo se pone de manifiesto su polo somático, y el exceso de excitación no ligada encuentra en la vía somática una posibilidad de descarga. Así, el cuerpo enferma para que el sujeto no se vuelva loco.

Aunque pueden existir déficits estructurales preconscientes que dificultan la representación y amplían la vulnerabilidad somática del sujeto, es la ausencia de comunicación con el inconsciente lo que lleva a la restricción fantasmática y lo que imposibilita la elaboración pulsional. En cuanto fuerza antirrepresentacional, la pulsión de muerte puede llevar al desapuntalamiento de la pulsión sobre la función, momento en que la excitación se descarga a partir del inconsciente primario o no representado.

El trastorno somático encuentra sus orígenes en contenidos registrados pero no pensados. Con respecto a las neurosis y psicosis, implica un nivel distinto de simbolización y expresa de un modo primitivo la determinación del sujeto de vivir, aunque solo se constituya como un mensaje cuando haya alguien que lo capte y no tanto por la intención del paciente. Además, no todas las somatizaciones son del mismo orden y la búsqueda de un sentido para el síntoma solamente se podrá hallar en la relación transferencial, lugar de encuentro del sujeto consigo mismo. En este sentido, hay que reconocer la dimensión relacional de la enfermedad. También hay que considerar que además de los factores que potencian la somatización, todas las personas pueden somatizar, incluso los sujetos con una capacidad simbólica considerable.

Aunque los mecanismos de defensa predominantes en el funcionamiento psíquico que subyace a un trastorno somático estén más cerca de los que operan en las manifestaciones psicóticas, pueden al mismo tiempo considerarse como anti-psicóticos, puesto que no hay restitución de contenidos psíquicos. Así, paradójicamente, los mismos mecanismos que constituyen un sistema defensivo para el Yo, constituyen simultáneamente una amenaza para el soma.

Un trastorno somático puede contribuir a la reconstrucción psicosomática y ser un intento de supervivencia psíquica a la vez de crear síntomas psicóticos o neuróticos, puesto que la supresión afectiva impide el enloquecimiento. La sintomatología psíquica, ya sea neurótica o psicótica, puede desaparecer en el transcurso de una enfermedad. La sobreinvertidura en lo perceptivo y el recurso a la percepción como representación puede así constituir una defensa. El funcionamiento basculante, que se manifiesta en la alternancia entre síntomas psíquicos y somáticos, evidencia que una enfermedad orgánica lleva a alteraciones de la economía pulsional que pueden favorecer la intrincación pulsional e incluso relanzar la locura.

Partiendo de la hipótesis de que el cuerpo enferma para que el sujeto no se vuelva loco, la investigación concluye que la somatización, no obstante la autodestructividad psíquica que le subyace y que resulta de la labor de la pulsión de muerte desintrincada, puede ser una defensa que opera a favor de la supervivencia psíquica. Es decir, que si por un lado el cuerpo enferma porque el sujeto no puede pensar, por el otro, para supervivir, necesita enfermar. De otro modo, enloquecería.



## **Resumen en inglés / Abstract**

### **Death drive implications in psychosomatic: the self-destructiveness / psychical survival paradox**

Somatic diseases are significant to contemporary psychoanalytic practice and demonstrate how the body, through functional and damage alterations, can express itself as a privileged place of psychic suffering which cannot be represented. Thus they constitute a fruitful field of research.

The psychoanalysis of somatization processes shows how alterations to psychic functioning, particularly to the Ego libidinal distribution, can promote and contribute to the development of an organic disease. Therefore, the relations between organic disease and drive economy, as well as the possibility of transformation are relevant, mainly the importance of the implications of death drive.

The fact that the libidinal management that occurs during somatization is responsible for the obliteration of a neurotic or psychotic condition and consequently for the disappearance of psychic symptomatology, or that a patient suffering from an organic disease often presents his body and his disease as something with no history and foreign to himself, leads to the hypothesis that somatization, even at the cost of body suffering, may protect the Ego, which instead of suffering, breaking up and getting mad, undervalues itself and vanishes into silence.

Researching the hypothesis of somatization as a defence at the service of psychical survival, requires deepening the relation between organic disease and madness and clarifying, from a metapsychological perspective, the circumstances that determine the subject resorting to one or the other solution. Whether or not madness is preferable to somatic disease, it depends on an economic point of view, since madness results in a more effective flood of traumatic excitations (Szwec, 2005).

Psychoanalytic developments are not only due to the expansion of clinical practice, but also to research and the articulation of the underlying concepts. By means of critical thought, new hypothesis may be put forward which encourage the search for new meanings. In this sense conceptual research is an important methodological tool, since psychoanalytic practice with somatic patients without the concepts that sustain it,

is blind, in the same way that psychoanalytic concepts without practice remain empty (Dreher 2000).

Taking as the starting point Freud's ideas 1940 [1938]) that the somatic processes constitute the real essence of what is psychic and the psychic and somatic phenomena affect each other, the research of the self-destructive / psychical survival paradox, is based on two complementary perspectives. The first one concerns the impact of death drive on psychical functioning, taking into consideration not only destructive dimension and deathly aspects, but also its creative possibilities, which contribute to ensure psychosomatic unity. Recognizing the paradox of the implications of death drive involves considering that its disconnecting work, even though destructive, it is also crucial for the psychic and its complexity, when fused with the life drive. The second perspective concerns psychosomatic disease as a result of that impact and as an attempt of psychic survival.

Based on the relation between somatization and madness, the aim is thus to discuss and to clarify how psychosomatic disorder can express this paradox, and to stress its defensive role. Therefore, somatization as a result of the work of death drive would paradoxically constitute the only alternative to life preservation: dying for surviving (Chabert, 2008).

After a first introductory chapter, the second chapter starts from the psychoanalytic fundamentals and conceptual distinctions of the different psychosomatic disorders in Freud's work, as well as other relevant contributions that gave rise to the emergence of several psychosomatic schools, so as to delimit the field of a psychoanalytic psychosomatic.

In the third chapter, the Freudian proposals concerning the emergence and development of death drive were rescued, highlighting their clinical and particularly metapsychological implications, to the psychic functioning that underlies organic diseases, and as far as the positivity of death drive and relevance to the psyche are concerned.

The fourth chapter aims to clarify the status of the body in Psychoanalysis and its importance as a door to the universe of representations and as a foundation of the psyche. The edification of the erotic, libidinal and subjective body, as well as the

establishment of thought, cannot be conceived without the relation with the object, therefore the quality of its response is fundamental.

Once the somato-psychic journey is accomplished, the fifth chapter is dedicated to the psychopathologic processes focused on the disorganization of the libidinal economy, which favour somatization. This is followed by a reflection upon the meaning of the symptom, the proposal of a psychosomatic structure, and the role of preconscious, which are crucial aspects to understand these processes.

In the sixth chapter, starting with the research of the metapsychological fundaments that support the subject when he resorts to the psychosomatic or psychotic solution, the effects of death drive on psychosomatic disorders will be discussed, taking the self-destructive / psychic survival paradox as reference.

Finally, the last chapter is dedicated to the conclusion and to the presentation of the main contributions of this work, as well as possible future lines of research.

Thoughts and fantasies allow for the integration and dealing with symbolic processing. The complexity of psychic life depends on the balance of the mechanisms that connect and disconnect affects and representations. The link between affects and representations is responsible for the associative chains that receive the excitation and promote its psychic elaboration and appropriate discharge. Although death drive is responsible for psychic variability, it is also a desinvestment and desobjectalization force, which blocks associative chains or leads to their disruption. Affection and representations take different destinations, which favour somatic bursts instead of the desirable and effective psychic elaboration. An excessive amount or the quality of an affect may threaten and hamper the symbolization work and lead to self-preservation disarray.

In a psychosomatic process, the progressive psychic disorganization at psychic level brings about a biological regression, i.e. it reverses the development process path which would drive to complexity (Caparrós, 2008). Therefore, at the same time that the body is the substrate of psychic life and allows representative activity to take hold of its modes of operation, it can also be a privileged target of destruction. This means that it is not strictly the body that gets sick, but the subject, as a result of the symbolic loss that would allow for the recognition of affective states. The fading of subjectivity and relational life, leads to the collapse of psychosomatic unity.

Under particular circumstances – like a sudden increase of excitation or the imminent presence of unbearable affects – the mind has the capacity to activate negativity defensive mechanisms that cause symbolic failures. This establishes a psychic economy that favours somatic disorders, by means of a drastic cut between soma and psyche, aiming at protecting the subject from an unbearable affective commotion. Thus the mind excludes psychic conflict and inherent suffering. This rupture in psychosomatic unity precludes affects representation – which is psychosomatic link par excellence – leading to their dissolution. While in neurosis and psychosis the coherence of the affect is maintained, in a somatic disorder only its somatic pole expresses itself: the amount of free excitation finds a discharge possibility in the somatic way. Therefore, the body gets sick to prevent madness.

Although there may be preconscious structural that hinder representation and increase somatic vulnerability, it is the lack of connection with the unconscious that causes fantasmatic restrictions and consequently blocks drive transformation. As an anti-representative force, death drive may lead to drive withdrawal upon the function, and the excitation discharges from the non-represented primary unconscious.

A psychosomatic disorder finds its origins in registered but unthought contents. It implies a different level of symbolization when compared to a neurosis or a psychosis, expressing in an archaic way the determination of the subject to live. However, it only becomes a message when there is someone else who captures it, not so much because of an intention of the patient. Besides, there are different kinds of somatization and the search for its meaning can only be possible in the analytic relation, the place where the subject can find himself. Therefore, it is important to recognize a relational dimension in somatization. It is also fundamental to consider that although there are factors that facilitate a psychosomatic disorder, everyone can somatise, including subjects with considerable symbolic capabilities.

Although the defence mechanisms that prevail in the psychopathological functioning underlying psychosomatic disorders are similar to those that prevail in a psychosis, they can also be considered as anti-psychotic because there is no restitution of psychic contents. Paradoxically, the mechanisms that take part of the Ego defensive system are at the same time those which represent a threat to the soma.

A psychosomatic disorder may also contribute to psychosomatic reconstruction, instead of psychotic or neurotic symptoms. The affective suppression that occurs in the

course of an organic disease, leads to vanishing psychic symptomatology. The overinvestment of perception and the resource to perception as representation may appear as a defence. The bascule functioning that expresses itself as the alternation between psychic and somatic symptoms, evidences that the emergence of an organic disease may lead to economic changes that favour drive fusion and can even relaunch madness.

The research of the hypothesis that the body gets sick to protect the subject from madness, leads to the conclusion that a somatic disorder expresses the self-destructive work of defused death drive and, at the same time expresses a defence aiming at psychological survival. If on the one hand the body gets sick because the subject is unable to think, on the other hand to survive, he needs to get sick, otherwise he would go mad.

## Bibliografia

- Aisenberg, R. E. (2005). Trauma, Pulsión y Somatosis. *Revista de Psicoanálisis* tomo LXII nº2, Junio 2005. XLIV Congreso de la API (Rio de Janeiro).
- Aisenstein, M. (2008). Travail psychanalytique et maladie grave. *Le Carnet PSY*. 2008/4 nº126: 29-34.
- Aisenstein, M.; Smadja, C. (2010). Conceptual Framework from the Paris Psychosomatic School: a clinical psychoanalytic approach to oncology. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol.91: 621-640.
- Aisenstein, M.; Rappoport, E. (2010). *Psychosomatics Today: a psychoanalytic perspective*. London: Karnac Books.
- Alarcón, F.J., Miguel, M., Rolla, C. (2005). El significado del síntoma en Psicopatología. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*. Año XXV: nº 59, Mayo 2005: 7-29. Instituto de Estudios Psicopatológicos y Psicoterapia Médica.
- Alexander, F. (1989). *Medicina Psicopatológica: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Amaral Dias, C. (2000). *Volto Já – Ensaio Sobre o Real*. Lisboa: Fim de Século.
- Amaral Dias, C. (2000). *Freud para além de Freud I*. Coimbra: Fim de Século.
- Amaral Dias, C. (2005). *Freud para além de Freud II*. Coimbra: Fim de Século.
- Andrade, F. B. (2011). A metapsicologia do masoquismo em Freud e Laplanche. *Estudos de Psicanálise*. Nº 36. Dez. 2011: 55-68: Belo Horizonte.
- Anzieu, D. (1995). *El Pensar: del Yo piel al Yo pensante*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arnao, M. (2008). A distinção entre representação de palavra e representação de coisa na obra freudiana: mudanças teóricas e desdobramentos filosóficos. Rio de Janeiro: *Ágora*. Vol. XI, n.2 Jul./Dez. 2008: 187-201.
- Arvanitakis, K. (2000). Negativity, the Death Drive and Time: a response to the M'Uzans's Paper, en *Canadian Journal of Psychoanalysis*. Vol. 8 (2): 147-153.
- Asseo, R. (1994). Mentalización y proceso de cura. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología IEPM*. nº 27, Julio, 1994.
- Assoun, P. (2000). *A Metapsicologia*. Lisboa: Climepsi editores, 2002.

- Aulagnier, P. (2001). *Los destinos del placer*. Barcelona: Argot.
- Azoulay, J.; Souffir, V. (2005). États psychotiques et maladies somatiques – considérations historiques et de psychiatrie clinique. *Revue Française de Psychosomatique*, 27/2005: 17-40 Paris: PUF.
- Barbosa, A.C. (2008). A angústia como incidência clínica do irrepresentável da pulsão: desamparo, trauma e repetição. *Reverso*. Belo Horizonte, ano 30 nº56: 41-60.
- Békei, M. (1996). *Lecturas de lo Psicosomático*. Buenos Aires: Lugar editorial 2ª edición.
- Bleichmar, S. (2006). La deconstrucción del acontecimiento. *Tiempo, Historia y Estructura – Su impacto en el psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Lugar Editorial y APA Editorial.
- Bonomi, C. (2003). Between Symbol and Antisymbol: The Meaning of Trauma Reconsidered. *International forum of Psychoanalysis*, January 1, 2003, Vol. 12 nº1, PEP Archive.
- Borges, G.M; Cardoso, M.R. (2011). Clivagem mortífera e guardião de Eros. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. S. Paulo, vol. 14 / nº 4: 599-610, Dez. 2011.
- Botella, C. (2000). Dor corporal, Sofrimento psíquico: uma antinomia? *14 Conferencias sobre el padecimiento psíquica y la cura psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and Symbols: a multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*. Vol. 17 (2): 151-173. Taylor & Francis Online.
- Braier, E. (2005). Destructividade y repetición. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*. Vol.25, nº 59: 67-106. Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica.
- Caim, J. (1996). *O campo psicossomático*. Rio de Janeiro: Bertrand
- Calatroni, M.(1998). *Pierre Marty y la Psicosomática*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Caparrós, N.(2008). *El proceso psicossomático*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Casetto, S. (2006). Sobre a importância do adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Psychê. revista de Psicanálise* Ano X, nº 17, Jan./Jun.:121-142. S. Paulo.

- Castellano-Maury, E.(1992). Dos maneras distintas de abordar el duelo: elaboración mental y comportamiento. *Revista de Psicoterapia y Psicodinámica*. nº 22: 63-69. Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica.
- Chabert, C. (2008). *Femenino Melancólico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Chevnik, M. (1998). La Cura Psicoanalítica del Paciente Psicosomático, en *Zona Erógena*. nº 40.
- Chiarandini, I. (1999). Does the body speak? *Psychoanalytic Quarterly*. Vol. 68 (1): 150-152. Willey Online Library.
- Chiozza, L. (1998). Lo Psicosomático y el Cuerpo en la Teoría Psicoanalítica. *Zona Erógena*. Nº 40.
- Chiozza, L. A. (1999). Body, Affect and Language. *Journal of Neuro-Psychoanalysis*, 1999; v. 1 (1): 111-123. Editor: Maggie Zellner.
- Chiozza, L.A.(2008). *Afectos y afecciones 2: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo*. Buenos Aires: libros del Zorzal.
- Corsi, P. (2002). Aproximación preliminar al concepto de pulsión de muerte en Freud, en *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*. Santiago Vol. 40 (4) : 361-370.
- Couto, M. (1992). *Terra sonâmbula*. Lisboa: Caminho.
- Cruz Roche, R. (2005). Excitation de vie, excitation de mort. *Revue Française de Psychanalyse*. Vol.69 (1): 29-44. Paris: P.U.F.
- Cupa, D. (dir.) (2006). *Psychanalyse de la Destructivité*. Paris: Editions EDK.
- Debray, R. (1996). *Clinique d'expression somatique*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Deburge, A. (2001). La levée de la répression en psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse*. Vol.65 (1): 11-27. Paris: P.U.F.
- Dejours, C. (1988). *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dejours, C. (1992). *Investigaciones Psicoanalíticas Sobre el Cuerpo*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Dejours, C. (1997). Enfermedades somáticas, ¿un sin sentido? *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*. Nº 35-36, Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica.



- Delourmel, C. (2009). Négatif et Survie Psychique. *Revue Française de Psychosomatique*. Vol. 2, nº36: 163-180.
- Deutsch, L. (1980). Psychosomatic Medicine from a Psychoanalytic View. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol.28: 653-703.
- Dosamantes-Beaudry. I. (1997). Somatic Experience in Psychoanalysis, en *Psychoanalytic Psychology*. Vol.14 (4): 517-531.
- Dreher, Anna U.(2000). *Foundations for Conceptual Research in Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Etchegoyen, H. (1987). *Fundamentos da Técnica Psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- Fabião, C. (2007). *Narcisismo – defesas primitivas e separação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fain, M. (2001). La fonction maternelle selon Pierre Marty. *Revue Française Psychosomatique*. Nº 2 / 2001: 47-52. Paris: P.U.F.
- Ferenczi, S. (1926). As neuroses de órgão e seu tratamento. *Psicanálise III*. S. Paulo: Martins Fontes, 1993.
- Fernandez, R. (2002). *El Psicoanálisis y lo Psicossomático*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ferraz, F. C. (2010). A somatização no campo da psicopatología não-neurótica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Vol. 12, nº 2 Jul./Dez.. Rio de Janeiro.
- Ferro, A. (2002). In the Work of the Negative – review of Andre Green, en *Internacional Journal of Psychoanalysis*. Vol. 83 (4): 974-982.
- Fève, A. (2005). Le corps sublime-t-il ? *Revue Française Psychanalyse*. 2005/5, vol. 69: 1757-1762. Paris: P.U.F.
- Fleming, M. (2003). *Dor Sem Nome: Pensar o Sofrimento*. Porto: Afrontamento.
- Fonseca, M.C.B. (2007). Do trauma ao fenómeno psicossomático – lidar com o sem-sentido? *Ágora*. Vol. X, nº2 Jul./Dez.: 229-244. Rio de Janeiro.
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1891). *La afasia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1987.
- Freud, S. (1894a). Neuropsicoses de defesa. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. III: 51-74. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1894). *Cartas a Wilhelm Fliess 1887-1904*. Manuscrito E: 72-77. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.
- Freud, S. (1895). Projecto para uma Psicologia Científica. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. I: 333-449. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1893-1895). Estudos sobre Histeria. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1898). A Sexualidade na Etiologia das Neuroses. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. III: 249-272. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. 1900 [1899]). A interpretação dos sonhos. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. V, cap. VII: 541-645. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1905). Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. VII: 117-196. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1908). Moral Sexual Civilizada e doença nervosa moderna. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. IX: 167-186. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1910). Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XI: 67-141. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1910a). A concepção psicanalítica da perturbação psicogêneas da visão. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XI: 217-229. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios de funcionamento mental. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII: 231-245. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1914) Recordar Repetir, Elaborar. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII: 159-173. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1914a). Introdução ao Narcisismo. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV: 75-111. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1915). Os Instintos e suas vicissitudes. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV: 115-145. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1915a). O Inconsciente. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Apêndice C, Vol. XIV: 217-223. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1915b). Reflexões para os tempos de guerra e morte. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV: 285-311. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1917 [1915]). Luto e Melancolia. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV: 245-263. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1917). Conferências introdutórias sobre Psicanálise: XXVI A teoria da libido e o narcisismo. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVI: 413-431. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1919). O Estranho. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVII: 233-271. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1919a). Uma criança é espancada – uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVII: 191-219. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1920) Para além do princípio do prazer. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII: 11-77. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1921). Psicologia de Grupo e a Análise do Ego. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII: 79-156. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1923 [1922]). Dois verbetes de enciclopédia A)Psicanálise e B) Teoria da Libido). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII: 251-276. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1923). O Ego e o Id. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX: 13-81. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1924 [1923]). Neurose e psicose. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX: 165-175. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1924). O Problema Económico do Masoquismo. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX: 175-190. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1924a). A perda da realidade na neurose e na psicose. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX: 203-212. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1925). A negativa. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX: 263-269. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1926 [1925]). Inibição, Sintoma e Angústia. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XX: 79-169. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1927). O fetichismo. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI:151-163. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1927a). Sobre o humor. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI:163-169. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1930 [1929]). Mal Estar na Civilização. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI: 65-149. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1931). Tipos Libidinais. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI: 225-228. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1933 [1932]). Novas Conferencias Introdutórias: XXXII Ansiedade e Vida Instintual. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXII: 85-113. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1933 [1932]a). Porquê a guerra? *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXII: 191-209. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1937). Análise Interminável. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXIII: 225-271. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1937a). Construções em análise. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXIII: 275-290. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1939 [1934-38]). Moisés e o monoteísmo – três ensaios. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXIII: 275-290. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1940 [1938]). Esboço de Psicanálise. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXIII:153-224. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1940 [1938]a). A divisão do ego no processo de defesa. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXIII: 291-300. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. (1940 [1938]b). Algumas lições elementares de Psicanálise. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXIII:301-306. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Frochtengarten, J. (2005). Existir - o estado próprio do corpo. *Ágora*, vol. 8, nº 1: 516-1498. Rio de Janeiro.

- Garcia, C; Damous, I. (2009). O silêncio no psiquismo: uma manifestação do trabalho do negativo patológico. *Cadernos de Psicanálise, CPRJ*, ano 31, nº22: 105-115.
- Gay, P. (1988). *Freud, Una Vida de Nuestro Tiempo*. Barcelona: Paidós, 2004.
- Golse, B. (2002). *Do Corpo ao Pensamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Golse, B. (2007). *O Ser-Bebé*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gomes Sanchez, C. (2002). *Freud y su Obra*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gottlieb, R. (2003). Psychosomatic Medicine: the divergent legacies of Freud and Janet, en *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 51 (3): 857-882.
- Green. A. (1975). *La Concepción Psicoanalítica del Afecto*. Siglo XXI editores.
- Green, A. (1982). La double limite. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. nº25: 267-283. Paris: Éditions Gallimard.
- Green, A., Ikonen, P., Laplanche. J., Rechartdt, E., Segal, H., Widlocher, D., Yorke (1986). *La Pulsión de Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.
- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida, Narcisismo de Morte*. S. Paulo: editora Escuta.
- Green, A. (1990). *Aspectos Fundamentales de la Locura Privada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Green, A. (1998). The Primordial Mind and the Work of the Negative, en *International Journal of Psychoanalysis*. Vol.79: 649-666.
- Green, A. (2005). *La Causalidad Psíquica: entre naturaleza y cultura*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Green, A. (2010). *El Pensamiento Clínico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Green A. (2010). *¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte?* Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2014.
- Groddeck, G. (1923). *O livro d'Isso*. S. Paulo: Perspectiva, 1994.
- Guillaumin, J. (1998). L'opérativité el le corps dans le "monisme" freudien. *Revue Française Psychanalyse*. 1998/5 nº 62: 1477-1482. Paris: P.U.F.
- Gutierrez, G. (2005). Conatos y Necesidades en la Ética de Baruch de Espinoza. *Ágora-Trujillo. Venezuela*. Vol.8, nº.16: 103-144.

Gutierrez, G. (2010). La banalidad de la pulsión de muerte. *Revista de Psicoanálisis: Nosotros y la muerte*. LXVII, nº4: 738-754. Buenos Aires: APA.

Gutierrez Terrazas, J. (1998). *Teoría Psicoanalítica*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva y APM.

Gutierrez Terrazas, J. (2002). *Cómo leer a Freud*. Madrid: Editorial Síntesis.

Gutierrez Terrazas, J.(2002). O conceito de pulsão de morte na obra de Freud. *Ágora. Rio de Janeiro* Vol. 5, nº1: 91-100.

Haynal, A., Pasini, W., Archinard, M. (1978). *Medicina Psicossomática*. Lisboa: Climepsi editores, 1998.

Horn, A.(2003). Reflexões sobre a Dor. *Estados Gerais da Psicanálise*. Segundo encontro mundial. Rio De Janeiro.

Horn. A.(2008). Construções em psicossomática psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Vol. 42, nº3: 55-58.

Ikonen, P.; Rechardt, E. (1978). The Vicissitudes of Thanatos: on the place of aggression and destructiveness in psychoanalytic interpretation, en *Scandinavian Psychoanalytic Review*. Vol.1: 79-115.

Jarast, G. (2006). En contra de la pulsión de muerte. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*. Premio Fepal.

Jarast, G. (2009). Construyendo psicoanálisis: del trauma al trauma psíquico. *Revista de Psicoanálisis*. LXVI, nº 1: 241-262. Buenos Aires.

Jones, E. (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Júnior, N.E.C.(2001). A noção de objecto na Psicanálise freudiana. *Ágora*, vol. IV nº2 Jul./Dez.: 37-49.

Kalinich, L. 1994). Theatres of the Body – review of Joyce McDougall, en *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 42: 258-261.

Kauffman, P. (1996). *Elementos para una enciclopedia del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Krueger, D. (2001). Body Self: Development, Psychopathologies and Psychoanalytic Significance. *Psychoanalytic Study of the child*. Vol.56.

- Ksensusée, A.(2004). Dépression essentielle et narcissisme. *Revue Française de Psychanalyse*. 2004/4 vol. 68 : 1283-1296. Paris: P.U.F.
- Lacan, J.(1964). *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre 11: Les quatre principes fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Seuil, 1973.
- Land, L. (1991). Thanatos: The Drive without a name. The development of the concept of death drive in Freud's writings, en *Scandinavian Psychoanalytic Review*. Vol. 14 (1): 60-81.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. (1967). *Vocabulário de Psicanálise*. 7ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 1990.
- Laplanche, J. (1980). *Problemáticas I – La Angustia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Laplanche, J. (1980). *Problemáticas III: A Sublimação*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- Laplanche, J. (1981). *Problemática IV – L'Inconscient et le Ça*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J. (1985). *Vida e Morte em Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplanche, J. (1987). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Le Breton, D. (1995). *Antropologie de la douleur*. Paris: Ed. Métailié.
- Lechevalier, B.(2003). Rêves et manifestations somatiques dans la dynamique de la cure. *L'Espirít du temps Champ Psychosomatique*. 2003/3, nº. 3 : 47-68.
- Lenarduzzi, H. (2003). *Entre biología y cultura*. Buenos Aires : editorial Biblos.
- Liberman, D. et al (1986). *Del cuerpo al símbolo : sobreadaptación y enfermedad psicossomática*. Buenos Aires : Trieb.
- Lionço, T. (2008). Corpo somático e psiquismo na Psicanálise : uma relação de tensionalidade. *Ágora*. vol. XI n.1 Jan./Jun.: 117-136. Rio de Janeiro.
- Lindemeyer, C. (2014). À propos de la pulsión de mort. *Revue Française de Psychanalyse*. Dec. 2014, tome LXXVIII: 1520-1524. Paris : P.U.F.



- Lourenço, L. (2009). A Pulsão de Morte e a gênese da angústia. *Ágora*. vol. XII n.1 Jan./Jun.: 101-117. Rio de Janeiro.
- Lussier, A. (1995). Le Travail du Negatif – review of Andre Green, en *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol.43.
- Lutenberg, J. (1998). El Vacío Mental y el Cuerpo que Habla, en *Zona Erógena*. N° 40.
- Lopez, D. B. (1996). The Enigma of the death drive. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*. Vol.19 (1): 3-27.
- Maladesky, A.; López, M.;Ozores, Z. L. (comp.) (2005). *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Maldavsky, D. (1986). *Estructuras narcisistas – constitución y trasformaciones*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1988.
- Mancia, M. (1993). *In the gaze of Narcissus*. London: Karnac Books.
- Martins, A.(2005). Pulsion de mort: cause ou effect? *Figures de Psychanalyse* 2005 / 2 n° 12: 165-178.
- Martiny, M. (1964). *Hipocrate et la medicine*. Fayart, Paris, 1964.
- Marty, P. (1990). *La Psicosomática del Adulto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2003.
- Marty, P. (1995). *El Orden Psicosomático – los movimientos individuales de vida y de muerte*. Valencia: Editorial Promolibro.
- McDougall, J. (1989). *Teatros del Cuerpo*. Julián Yébenes, 2ª edición, 1995.
- McDougall, J. (1991). *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: ArtMed.
- McDougall. J. (1992). De cuerpo hablante al cuerpo hablado: el periplo de la psicosis a la psiconeurosis. *Revista de Psicoanálisis Spec Issue*. Asociación Psicoanalítica Argentina: 177-203.
- McDougall, J. (1994). Corpo e linguagem: da linguagem do soma às palavras da mente, en *Revista Brasileira de Psicanálise*. Vol. 28 (1): 75-98.
- McDougall. J. (1995). *Las Mil y Una Caras de Eros*. Buenos Aires: Paidós, 1998
- McDougall, J. (1997). Somatic Violence and the Therapeutic Relationship, en *Canadian Journal of Psychoanalysis*. Vol. 5 (1): 51-73.

- McDougall, J.; Coen, S.(2000). Affect, Somatization and Symbolization, en *International Journal of Psychoanalysis*. Vol. 81 (1): 159-162.
- Mello Filho, J. *et col.* (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: ArtMed.
- Mendes, E.R.P.(2011). Pulsão e Sublimação: a trajetória do conceito, possibilidades e limites. *Reverso*. Ano 33 nº 62: 55-68. Belo Horizonte.
- Metzger, C.; Júnior, N. S. (2010). Sublimação e Pulsão de Morte: a des fusão pulsional. *Psicologia USP*. Julho / Setembro, 21(3): 567-583. São Paulo.
- Mijolla, A.; Mijolla-Mellor, S.(2002). *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi editores.
- Milheiro, J. (1999). Lacunas Somáticas vs Lacunas de Mentalização, en *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 1 (1).
- Milheiro, J. (2001). *Sexualidade e Psicossomática*. Coimbra: Almedina.
- M'Uzan, M. (2006). Sombrier pour survivre. *Revue Française de Psychosomatique*. 2006 / 2 nº30 : 27-37. Paris: P.U.F.
- Nadelman, M. (1999). Centennial of an Overlooked Freud Paper on Psychosomatics. *Psychoanalytic Quarterly*, 1990; vol. 59: 444-450.
- Nakasu, M.V. (2009). Para além do silêncio da pulsão de morte. *CPRJ*, ano 31, nº22:185-192.
- Nasio, J. D. cord. (1987). *El Silencio en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- Nasio, J. D. (1990). *El Dolor de la Histeria*. Buenos Aires: Paidós, 2001.
- Nasio, J. D. (1996). *El Libro del Dolor y del Amor*. Barcelona: Gedisa, 1999.
- Nasir, N. (1998). Sexuality and Somatic Illness, en *International Journal of Psychoanalysis*. Vol.79: 579-583.
- Ogden, T. (1994). *Subjects of Analysis*. Northvale NJ, Jason Aronson.
- O'Neill, M.K.; Akhtar, S.(2011). On Freud's "Negation". London: Karnac Books
- Otero, J. (2000). Hipótesis etiológicas sobre la Alexitimia, en *Aperturas Psicoanalíticas, Revista Web de Psicoanálisis*. Abril: nº 4.
- Otero, J. y Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicossomática, en *Revista web Aperturas Psicoanalíticas*. Marzo: nº 16.

Parat, C. (1993). L'ordinaire du psychosomaticien. *Revue française de Psychosomatique*, nº 3 : 5-19. Paris: P.U.F.

Perez, R. S. (2006). O corpo na Psicanálise contemporânea. *Psic. Clin.* Vol.18, nº1: 165-177. Rio de Janeiro, 2006.

Péruchon, M.;Orgiazzi-Billon-Galland, I.(2008). Le corps, entre pulsions et sublimations ou d'un continuum sublimatoire. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 2008/1 nº 30: 39-58. De Boeck Université.

Prata, M.R. (2000). Pulsão de Morte: Mortificação ou Combate? *Agora* vol. III n.1 Jan./Jun.: 115-135.

Pereira, S.W. (2009). O Silêncio Fala. *Cadernos de Psicanálise CPRJ*. Rio de Janeiro: ano 31, nº22: 57-73.

Pereira Barbosa, M. (2001). *El Concepto de Pulsión en la Obra de Freud*. Memoria presentada para optar al grado de doctor en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Pereña, F. (2001). *La Pulsión y la Culpa*. Madrid: Editorial Síntesis.

Peres, R. S. (2006). O Corpo na Psicanálise contemporânea: as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psic. Clin.* Rio de Janeiro, vol. 18, nº1: 165-177.

Pires, M. P. G. (2011). Sublimação – Em relação à troca de objeto. *Reverso*. Ano 33, nº 61: 75-82. Belo Horizonte.

Plon, M. (2004). A Paz Eterna. *Ágora*. Vol. 7, nº1: 1516-1498. Rio de Janeiro.

Pontalis, J. B. (1999). *Entre o Sonho e a Dor*. Edições Fenda.

Potamianou, A. (1990). Somatization and dream work, en *Psychoanalytic Study of the Child*. Vol.45: 273-293.

Prata, M.R. (2000). Pulsão de Morte: Mortificação ou Combate? *Agora* vol. III n.1 Jan./Jun.: 115-135.

Rechardt, E.; Ikonen, P. (1993). How to Interpret the Death Drive, en *Scandinavian Psychoanalytic Review*. Vol. 16 (2): 84-90.

Reed, G. (2002). The Work of the Negative – Review of Andre Green, en *Journal of American Psychoanalytic Association*. Vol. 50 (1): 343-348.

- Richebächer, S. (2010). Sabina Spielrein, una pionera del psicoanálisis y del análisis de niños. *Nosotros y la Muerte. Revista de Psicoanálisis*. Tomo LXVII, Diciembre nº 4, Buenos Aires.
- Rodin, G. (1991). Somatization: a perspective from Self Psychology, en *Journal of the America Academy of Psychoanalysis*. Vol. 19 (3): 367-384.
- Roudge, A. (2006). Pulsão de Morte como Efeito do Supereu. *Ágora (Rio J.)*. [online]. 2006, vol. 9, nº1: 1516-1498.
- Rudge , A. M. (2007). La pulsion de mort dans la clinique psychanalytique. *Cliniques méditerranéennes*, 75
- Rosenberg, B. (1998). Pulsions et Somatizacion ou le moi, le masochisme et le narcissisme en psychosomatique, en *Revue Française de Psychanalyse* special issue: Psychosomatique et Pulsionnalité Vol. 62(5) Nov./Dec. : 1677-1698. Paris : P.U.F.
- Roudinesco, E.; Plon. M. (1997). *Dicionário de Psicanálise*. Editorial Inquérito, 2000.
- Rudge, A. M.(2006). Pulsão de Morte como efeito do Supereu. *Ágora*. Vol.IX, nº1, Jan./Jul. 2006: Rio de Janeiro.
- Rousillon, R. (2005). Le processus et la capacité sublimatoire. *Revue Française de Psychanalyse*. Vol. LXIX (5), Dec.: 1565.1574. Paris: P.U.F.
- Sami-Ali (1987). *Pensar o somático: imaginário e patologia*. Lisboa: Ispa, 2ª edição, 2002.
- Scarfone, D. (2005). *Las Pulsiones*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Schmidt-Hellerau, C. (2000). La angustia de la reacción terapéutica negativa. *Nosotros y la muerte. Revista de Psicoanálisis*. Tomo LXVII. Diciembre, 2010 nº 4: 627-638. Buenos Aires.
- Schur, M; Matos, M. (1981). *Vida e Agonia, uma biografia*. Rio de Janeiro: Imago.
- Simpson, R. (2002). Life Narcisism Death Narcisism – review of André Green, en *Canadian Journal of Psychoanalysis*. Vol. 11 (1): 246-250, 2003.
- Smadja, C. (2011). Le travail de psychisation du corps. *Revue Française de Psychosomatique : Culpabilité et Maladie*. Nº 39, 2011 / 1: 147-161. Paris: P.U.F.
- Smadja, C. (2000). El proceso de desdiferenciación del Yo. Hipótesis acerca del funcionamiento de los estados operatorios. *Psicoanálisis, APdeBA*. Vol.22 (1): 99-107.

- Smadja, C. (2003). La Evolución de la práctica psicoanalítica con pacientes psicósomáticos. *Revista de Psicoterapia y Psicósomática*. año XXIII, nº 54: 66-78. Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- Smadja, C. (2004). La vie opératoire. Études psychanalytiques. *Revue Française Psychanalyse*. 2004/4, vol.68.: 1327-1336. Paris: P.U.F.
- Smadja, C. (2005). La depresión inconclusa. *Revista de Psicoterapia y Psicósomática*. año XXV, nº 59: 51-66. Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
- Smadja, C. (2005). *La vida operatoria*. Madrid: APM Biblioteca Nueva.
- Smadja, C.(2007). Deuil, mélancolie et somatisation. *Revue Française de Psychosomatique*. 2013/2, nº44. Paris: P.U.F.
- Smadja, C. (2009). *Los modelos psicoanalíticos de la psicósomática*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Stramer, R. (2004). The Work of the Negative, en *Journal of the British Association of Psychotherapists*. Vol. 42 (1): 91-100.
- Szwec, G. (2005). Plutôt fou que malade? *Revue française psychosomatique*. Nº 27 (1): 7-16, Paris: P.U.F.
- Taylor, G. (1992). Psychoanalysis and Psychosomatics: a new synthesis, en *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. Vol. 20 (2): 251-276.
- Taylor, G. (2003). Somatization and Conversion: Distinct or Overlapping Constructions? en *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. Vol. 31 (3): 487-509.
- Templer, N. (2002). A Critical Enquiry into the Psychoanalysis Theories and Approaches to Psychosomatic Conditions. *International Journal of Psychoanalysis*. Vol.83 (4): 931-934.
- Ulnik, J. (2000). Revisión crítica de la Teoría Psicósomática de Pierre Marty, en *Revista web Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000121> Julio 2000, nº5.
- Ulnik, J. (2000). Psicósomática: Anatomía y Metáfora, en *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol.2 (2) Jul./Dez.: 87-95.
- Ulnik, J. C.; López-Sánchez, J. M. y otros. (2002) “El encuentro entre lo psíquico y lo somático”. “Afectos y psicósomática en el campo psicoanalítico”. En *Monográfico de*

*Medicina Psicosomática*. Vol. 8: 142-171. Ed. Fundación Virgen de las Nieves. Unidad de Docencia y Psicoterapia del hospital universitario Virgen de las Nieves. Granada. España 2002.

Ulnik, J. (2004). *El Psicoanálisis y la piel*. Madrid: Editorial Síntesis.

Ulnik, J. (2008). El Medico, el Psicoanalista y lo Psicosomática. *Subjectividad y Procesos Cognitivos*. Nº8, Jun. 2008: 193-211, UCES.

Ulnik, J. (2010). El Psicosoma, la transferencia y el pensamiento salvaje. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*. Vol. 9: 23-34.

Ulnik, J; Linder, D. (2011) Interpreting Physical Symptoms – is Symbolisation “acted out” on the Skin? Trabajo presentado en el 14º congreso de ESDAP, March, 17-19, 2011.

Usobiaga, I. (2004). Les fleurs sont pour le vivant: un cas de somatisation en fin d’analyse. *Revue Française de Psychanalyse*. 2004/4 vol. 68: 1267-1281. Paris: P.U.F.

Vicente, L. B. (2005). Psicanálise e Psicossomática – uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Jan./Jun., 2005 Vol.7 (1): 257-267.

Vidigal, M. J. (2004). Enigma da Psicossomática, *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol.6 (1): 45-54.

Virside, A. (2001). The Death Drive: Psychic Construction or Destruction? *Psychoanalytic Review*. Vol. 88 (4): 511-524.

Volich, R. B. (2000). *Psicossomática*. S. Paulo: Casa do Psicólogo.

Volich, R.; Ferraz, F.; Arantes, M.A. (org.). (1998) *Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica*. S. Paulo: Casa do Psicólogo, 3ª edição, 2007.

Zimmerman, D. (2001). *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. S. Paulo: Artes Médicas.

Weatherill, R. (1999). *The Death Drive: New Life for a Dead Subject*. London: Rebus.

Weiner, H. (1982). Contributions of Psychoanalysis to Psychosomatic Medicine. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. Vol. 10 (1): 27-47.

Winnicott, D. (1990). *A Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.

Winograd, M.; Teixeira, L. C. (2011). Afeto e Adoecimento no corpo. *Agora*. Vol. XIV, nº2, Jul./Dez.: 165-182.